医療安全体制等検証委員会　委員委嘱式・第１回委員会　会議録

日　時：平成 24 年 7 月 17 日(火曜日)
17 時 00 分～
会　場：第 1 会議室

出席者
委　員　　4 名
職　員　　16 名
事務局　　5 名

〔委嘱式〕
1　委嘱状交付
2　市長あいさつ

〔第 1 回委員会〕

1　開会及び資料確認

2　委員及び職員紹介

3　委員会の目的等の説明
事務局から、委員会の目的等について説明。
〔質問・意見〕
特になし

4　委員長の選任
事務局から、市立甲府病院医療安全体制等検証委員会設置要綱第 5 の規定により、委員長は委員の「互選」により定める旨説明。

〔委員〕
事務局から推薦があればお願いしたい。

〔各委員から同意する旨の発言あり〕

〔事務局〕
4 名の委員は、それぞれ専門の立場で当院の医療安全を評価・検証いただくということから、医師、看護師、組織運営、法律の専門として就任いただいた。
特に医療安全の運用の中心を担うのは、医師であることから、事務局案としては、委員長を山梨大学の武田正之先生にお願いをしたい。

〔各委員から同意する旨の発言あり〕

【結果：委員長は山梨大学武田正之委員に決定する。】

5　委員長あいさつ

私が、これまで力を注いできた山梨大学医学部附属病院の医療安全対策の経験と、それぞれ専門の立場にある3名の委員の協力を得ながら、市立甲府病院の医療安全体制が万全なものとなるよう全力で当たりたい。

6　副委員長の指名

事務局から、市立甲府病院医療安全体制等検証委員会設置要綱第5の規定により、委員長が委員の中から「指名」をする旨説明。

〔委員長〕

病院の医療安全対策は、医師と医師以外の医療関係者とのチームで行わなければならない。そうした中で看護師の力は極めて重要であることから、山梨県立大学看護学部の松下教授に副委員長をお願いしたい。

〔各委員から同意する旨の発言あり〕

【結果：副委員長は山梨県立大学松下由美子委員に決定する。】

7　議事（議長＝委員長）

(1)　会議の公開・非公開について

事務局から、公開・非公開の考え方について説明。

〔委員〕

本日の議事の内容には個人情報が出るということはないので、公開で進めていきたい。

〔各委員から同意する旨の発言あり〕

【結果：本日の会議についは「公開」とすることに決定する。なお、議事録の中で個人情報に係わる部分が出た場合は、その部分を除いて市立甲府病院ホームページに掲載していく。】

(2)　市立甲府病院の概要について

①　病院の概要について

事務局から、病院の概要について説明。

〔質問・意見〕

特になし

②　医療安全体制、医療事故防止マニュアルの概要について

事務局から、医療安全体制、医療事故防止マニュアルの概要について説明。

〔委員〕
統括リスクマネージャーは現在１名で従事形態は専任か。

〔事務局〕
１名で専従である。

〔委員〕
リスクマネージャーの複数配置の予定はあるか。

〔事務局〕
今のところ予定はない。

〔委員〕
看護部リスクマネジメント委員会は、リスクマネージャー会議よりも先に設立されていたのか。

〔事務局〕
医療安全管理対策委員会の設立時に、看護部独自に検討する委員会があり、これを看護部リスクマネジメント委員会と称し、医療安全管理対策委員会の下部組織として位置づけた。
※リスクマネージャー会議は、平成 24 年 1 月に設置。

〔委員〕
看護部リスクマネジメント委員会は、リスクマネージャー会議とは別に会議が開かれているのか。

〔事務局〕
別々に会議が開かれている。医療安全管理対策委員会の会議結果等をリスクマネージャー会議を通じて全職員に周知している。

〔委員〕
医療安全管理部門の中に統括リスクマネージャーがおり、その下に部門リスクマネージャーがいて、その全体の会議としてリスクマネージャー会議を定期的に行い、職員に周知していくという基本的な形である。
リスクマネージャー会議と看護部リスクマネジメント委員会をどのように有機的につなげていくかが重要であり、どのように考えているか。

〔事務局〕
ご指摘の点は、リスクマネージャー会議が設立して日が浅いこともあり、今後の課題であると認識している。

〔委員〕

医療スタッフの中では看護師が一番人数が多く、患者さんとの接点も一番多いことから、ヒヤリハットの報告も一番多い部門である。このため看護部では独立した活動がされている。

病院全体のリスクマネジメントの活動にどのように反映されてくるのかが重要な課題である。

〔委員〕

医療安全管理部門の中に医療安全対策ミーティングがあるが、医療安全対策に係わる取組みの評価等を行うカンファランスを週 1 回程度開催することとなっており、ここで現実的なことを頻繁に協議するのであると思う。それを上位へフィードバックして最終的にリスクマネージャー会議で検証していくという形で動いているということはすばらしいと思う。

③　医療安全の活動実績について

事務局から、医療安全の活動実績について説明。

〔委員〕

医療安全職員研修会は、非常に重要なこととして厚生労働省からも実施が求められている。市立甲府病院では年 9 回行われている。

全職員が最低 2 回受けなければならないが、実際は全員が 2 回受講できているか。

〔事務局〕

平成 23 年度は受講できなかった職員もいたことから、追加研修や DVD による研修を行った。

〔委員〕

実際の業務が忙しいことから、決められた時間に研修に出席することは大変なことである。病院として追加講習や DVD による研修を実施しており、研修形態としては良いのではないかと思う。

〔委員〕

ヒヤリハット情報は、この病院ではレベル 0 ないしはレベル 1 としており、件数 479 件はまずまずな数であると思う。あらかじめたくさん報告しておくことが重大な事例を防ぐこととなるので、できればもっと増やして欲しい。

※レベル 0 とは、間違った行為が実施される前に気が付き、患者には実施されなかった事例のこと。

※レベル 1 とは、間違った行為が実施されたが、患者に被害(変化)が生じなかった事例のこと。

〔委員〕

ヒヤリハット報告は、どこの病院でも同様に看護師が一番多く、

ドクターが少ないが、ドクターの比率をできれば上げて欲しい。
　また、複数の部門で同時に報告することも望ましいので件数を増やして欲しい。

〔委員〕
　ヒヤリハット報告は、具体的にどのような手順・システムで報告・集計されるのか。

〔事務局〕
　報告手順は、ヒヤリハットであると認識した時点で、当事者が報告システムに入力する。その内容は各部署のリスクマネージャーと所属長が確認し、分析と対策を検討した上で、医療安全管理室に報告される。

〔委員〕
　このヒヤリハット報告で一番大事な点は、間違いを起こしたことが駄目なことというのではなく、事例の内容と改善策を病院全体に知らせ、スタッフが共通認識を持つことである。
　万が一、インシデントのレベルが進んでしまうと重大なことが起こってしまうので、芽が出た段階で止めようとするシステムであり、たくさん報告を出すこと自体に意味がある。

〔委員〕
　ヒヤリハットの報告・集計は、基本的にはデータベース上で入力すれば誰でも閲覧でき、各部門リスクマネージャーが交代でチェックしていくような体制が一番良いのではないかなと思う。

〔委員〕
　ヒヤリハットが数多く報告されるということは、注意力が高まっているということで、安全対策という点では非常に重要なことであると思う。他方でその件数が増大してくるということは問題発生が多くなっているということではないかと思う。
　ヒヤリハット報告の合計件数を見ると増加する傾向にあるが、一面ではそういう積極的な側面があるものの、他方では問題発生の芽が増えていると言え、どのように評価したらよいのか。

〔委員〕
　非常に難しい点であるが、ヒヤリハットは10年以上前に厚生労働省が提唱したもので、患者に全く被害が出ない間違いであるレベル 0 とレベル 1 をたくさん報告することで、結果として報告件数が減っていくというものであった。しかし、全国の統計をみても必ずしも減る傾向にはない。
　レベル 4 やレベル 5 のリスクの高い事例が増えることは好ましくなく、これは増えてはいない。
　また、患者は高度な医療を求めており、患者数が増えて忙しくな

っても職員数が同じであればリスクが増えてくる。
　こうしたことなどを総合的に判断して現状がどうなのかを把握して、様々な方向から対応を考えなければならない。
　※レベル４とは、事故により、障害が一生残存する事例のこと。
　※レベル５とは、事故が死因となった事例のこと。

〔委員〕
　マクロ分析では、事故レベル別の集計となっているか。

〔事務局〕
　マクロの分析はヒヤリハットであるレベル０とレベル１について集計したものである。

〔委員〕
　ヒヤリハットの増減をみることで、傾向がわかる。
　一定基準よりも極端に少ない場合はヒヤリハットの認識が低いなどの職員の資質的な問題が多かったのかもしれない。また、報告件数が多すぎるところはかなり努力して報告している可能性もあるが、リスクが高かったということも言える。

〔委員〕
　何度も報告することには問題はないのか。

〔委員〕
　ヒヤリハットを分析することで、例えばミスを犯しやすい人を特定できる可能性があり、それにより集中的に勉強を促したり、リーダーを通じて研修を促すことができることとなる。

(3)　今後の進め方について
　今後の進め方について説明。

〔質問・意見〕
　特になし

【結果：今後の進め方については、1．総論、2．放射線関係業務、3．薬剤関係業務、4．手術室業務、5．病棟業務等、6．医療安全・感染対策体制、7．生理・検体等検査関係業務、8．その他委員会の指示する業務等の順位で進めていくことに決定する。】

(4)　次回の開催について
　次回の開催について説明。

〔委員〕
　今後４回会議を開催するに当たり、検証順位の割当とかはあるか。

〔事務局〕
　　次回は総論の残りと放射線関係業務についてお願いしたい。

〔委員〕
　　検証の対象となる資料や具体的な検証課題のようなものなどは、当日配布となるのか。

〔事務局〕
　　次回は１週間ぐらい前には配布する。

〔事務局〕
　　それぞれの分野の専門家に事前に調査をしてもらい、その結果を委員会の開催前には各委員に配布し、委員会の中で協議いただくということを考えているが、いかがか。

〔委員〕
　　事前調査を専門の方にお願いすることが良い。専門家として誰に依頼するかなどは委員会の中で話し合って決める。

〔各委員から同意する旨の発言あり〕

【結果：委員会日程は、第２回を９月下旬~10 月上旬の間で、第３回を 11 月中旬～下旬の間で、第４回を２月中旬を目途に開催する。
　第２回委員会は、総論の残りと放射線関係業務の検証を議題とする。
　資料等は委員会開催１週間前には委員へ配布する。
　次回以降は、事前に専門家に調査を依頼し、その結果を委員会で協議・検証する。
　以上を決定する。】

８　閉会・院長あいさつ
　当院では、「いのちに光を　心にやすらぎを」の基本理念のもと、安全で安心な医療の提供に向けて、医療従事者一人ひとりが危機管理意識を持ち、組織的、体系的な安全対策に取り組んできたが、ＲＩ検査問題により、改めて当院の医療安全体制の欠陥が明らかになった。
　問題の把握以降、再発防止に向けて課題への対応や体制の再構築を図ってきたところであるが、より患者様の信頼を確固たるものとするためには、全ての病院職員が医療安全意識を更に高め、日々の業務で実践していくことが必要であると痛感している。
　委員には、それぞれのご専門の見識の中で、当院の医療安全体制全般を客観的視点から厳しく評価・検証くださるようお願いする。

医療安全体制等検証委員会　第1回委員会　決定・指摘等事項

〔決定事項〕

1　委員長は、武田正之 委員とする。
2　副委員長は、松下由美子 委員とする。
3　第1回委員会は、公開とする。
　会議録は、個人情報に係わる部分を除いて市立甲府病院ホームページに、概要を掲載する。
4　検証順位は、次のとおりとする。
　①　医療事故防止マニュアル総論
　②　放射線関係業務
　③　薬剤関係業務
　④　手術室業務
　⑤　病棟業務等
　⑥　医療安全・感染対策体制
　⑦　生理・検体等検査関係業務
　⑧　その他委員会の指示する業務等
5　委員会日程は、第2回を9月下旬~10月上旬の間で、第3回を11月中旬～下旬の間で、第4回を2月中旬を目途に開催する。
6　第2回委員会は、総論の残りと放射線関係業務の検証を議題とする。
7　資料等は委員会開催1週間前には委員へ配布する。
8　次回以降は、事前に専門家に調査を依頼し、その結果を委員会で協議・検証する。

〔指摘事項〕

特になし

〔要望事項〕

特になし

〔改善事項〕

特になし

医療安全体制等検証委員会　第２回委員会　会議録

日　時：平成 24 年９月 27 日(木曜日)
17 時 00 分～
会　場：第１会議室

出席者
委　員　　　　　４名
調査チーム　　　１名
職　員　　　　17 名
事務局　　　　　４名

〔第２回委員会〕

１　開会及び資料確認

２　議事（議長＝委員長）

〔委員長〕
議事に入る前に、本日の会議の公開・非公開について、委員の判断を得たい。
第１回委員会の状況なども踏まえ、各委員には、より率直で忌憚のない意見を期待する。特に、これからの具体的な審議を進めていく中では、個人情報に係わる内容や他病院の状況などの情報を用いての意見や説明が必要となってくると思う。
率直な意見交換をする上では、非公開とすることが望ましいと考えるが、委員の判断を伺いたい。

〔各委員から同意する旨の発言あり〕

委員の非公開とする判断を得たので、本日の会議は非公開とする。

(1)　医療安全体制の検証
ア　放射線関係業務
調査チームから、調査報告書について説明。

〔調査チーム〕
８月の約１ヶ月間をかけて、市立甲府病院で使用されているマニュアル等の内容チェック、及び８月末に現場の訪問調査を、RI 部門と画像(放射線)診断部門、放射線治療部門の３部門について、それぞれ最も知識が豊富で経験が豊富な者が作業を担当した。
現場の実態の全体評価としては、概ね大きな問題はないということで基本的には総括される。個別に小さな問題はあり対応状況一覧表にまとめられている。

今回のRI検査問題の検証の背景にあった情報や報告、相談についての閉鎖性に関しては、特に問題なく行われており、お互いにスタッフ間で問題点や相談事があれば話しをしやすい環境になっていた。また、様々な情報のチェックは、ほぼ問題がないと判断している。

〔委員〕

指摘事項が全部で35項目あるが、大きな問題はあったか。

〔調査チーム〕

特にこれという大きな問題はなく、マニュアルの用語表記が場所によって異なるなどの細かいことであり、すぐに改善されると思われる。

RI 部門に関しては、基本的には事故の再発が起こるような環境・状況はないと見受けられた。

個別には、RI マニュアル記載の投与量が具体的に記載していない。また、テクネシウム99のECD脳血流シンチに対する成人投与量が、マニュアル上600MBｑ×2 となっているが、現在もっと小型のものが使えるように規格が変わっているので、400MBq の2倍の方が適当ではないかということである。しかし、決して600MBq×2 が法外に高いとかこれ自体が問題な量ということではなく、どちらかといえば400MBq×2の方が良いのではないかという提案のレベルである。

その他、核医学部門では看護師の負担が大きいので、そこに問題が発生すると困るのではないか、また、文書や帳簿類をもう少し整理したほうが良いのではないかという、あえて指摘しているものである。

診断部門に関しては、マニュアルの細かい用語の修正等の指摘がされている。

核医学以外の診断部門の訪問実態調査に関しては、概ね大きな問題はないと思われるが、撮影方法として、グリッドの使用の仕方とか、高圧にするか低圧にするかということで、グリッドなしの低圧にした方が良いのではないかというものである。

血管造影室のモニター配置は、操作室からわかりづらいのではないかというものである。

大事なポイントとしては、造影剤の問診票の確認部分が徹底されていないのではないかという指摘で、再確認を取れるような対応が良いのではないかというものである。

次に治療部門は、事故時の連絡網の徹底や大地震が発生したときの対応についてマニュアルに掲載した方が良いのではないかとの提案である。

大事なポイントとしては、放射線障害防止法に規定されている放射線業務従事者、いわゆる放射線同位元素に接する場所で業務をしている者に関する教育訓練の定期的(年6時間)な実施があるが、院内では実施されていないようであるとする指摘である。

その後、状況を確認したところ、医師や技師については院外で同様の講習会を受講しているということであったが、看護師等に関しては十分ではないとのことである。これは確実に徹底されると良いと思う。

報告書に記載はしていないが、教育訓練を年に 1 回行うと、被曝の話やRIを取り扱うときの注意すべきポイントが非常に細かく指導されるので、放射線障害防止法上は非常に限られた者だけが対象となっているが、出来れば医療法で規定されている放射線診療従事者、フイルムバッヂを持っている全てのスタッフ、特の RI 等に出入りしている職員には、できるだけ教育訓練に参加するようにすると、今回のような思い込み等による問題も発生せず、RI に関する知識が病院スタッフに啓蒙されるという良い機会になるのではないかと思う。

院内で実施する教育訓練の対象者を放射線障害防止法だけではなく医療法上の関係者とすればよいとする追加の提案である。

治療部門のスタッフ数に関しては、学会等が提示している基準があるが、若干人数的に少ないのではないかというもので、技師に関してはもう 1 名、医師に関しても少し配置した方が良いのではないかというものである。

サーベイメーターはしっかり校正し、モニターをした方が良いのではないかというものである。

また、放射線治療部門だけではないが、スタッフ間の認識統一のためのカンファレンスを定期的に行い、特に治療部分では頻繁に実施した方が良いのではないかというものである。法律の規定ではないが、医療安全の確保のためには大事なポイントであると思われる。

〔委員〕

核医学部門のマニュアルの記載方法等は、すでに病院として対応済みのようであるが、核医学部門の看護師の負担については、病院側の見解はどうか。

〔事務局〕

今まで放射線診断部門の医師が行っていたRIの注射を、看護師が実施するようになったのは、医師の多忙が要因で、看護師に行ってもらえないかということで、看護師が行うようになった。

しかし、看護師も多数の検査を掛け持ちしたりして、非常に多忙となってしまっていることから、放射線部門の看護師の増員をお願いしていくこととしている。

〔調査チーム〕

業務分担を明確にして、看護師の増員が叶えば良いと思う。

〔委員〕

放射線診断部門のグリッドを使用しないほうが安全性が高いという提案についてはどうか。

〔事務局〕

小児や乳幼児にはグリッドを使わない撮影が一般的であり、当院では被曝をより少なくしようということでグリッドを使い、電圧を上げることで軟線除去という形で撮影を行ってきている。

被曝線量自体は実際に検査してみないとどちらが少ないといったことは一概に言えないが、乳幼児に関しては被写体が薄いものであることから、肺紋理がしっかり読影できるかどうかがポイントであると思う。

この点に関しては小児科医師や呼吸器医師とある程度のコンセンサスを得ていろいろな情報交換をしていかないと、どちらが良いのかとは今現在では結論が出ない状況である。

今後、検討していく。

〔委員〕

小児でも身体の大きさはだいぶ違うが、乳児とか小さいお子様はどちらが良いかとの結論は出ていないのか。

〔事務局〕

3歳くらいのお子様で立つことが可能な患者様は、グリッドを使って準高圧という 80kv から 100kv 位の管電圧で撮影するのが一般的である。

3歳以下で介助が必要な患者様は、大電流で撮影時間は 1,000 分の 1 とか 1,000 分の 2 とかで撮影できるので、どちらに主眼を置いていくのかが 1 つの問題であると思う。

今後、検討していく。

なお、現在の撮影条件では被曝線量が多くなるということは決してなく、被曝低減には十分努めており問題ない。

〔委員〕

造影剤注射に関する問診票を患者に再度確認する過程については、すでに実施しているか。

〔事務局〕

はい、実施している。

〔委員〕

自然災害等に関する備えは、放射線部門だけではなく病院全体の災害マニュアルなど各部門でも用意しておくことが必要である。

放射線障害防止法で規定されている教育訓練の定期的な実施については、病院側の見解はどうか。

〔事務局〕

医師と専任の技師については、教育訓練が免除可能な対象となっているが、ローテート技師及び看護師に関して実施していない。

指摘により、まずは院内での教育訓練を実施することとし、実際

に看護師から始めた。

今年度は、年度途中であることから、個別実施としているが、来年度からは他施設と同様に教育訓練を実施するよう院内体制を構築する。

〔調査チーム〕

技師が院外の講習で良いとする点については、記録やチェックがされているのか。

〔事務局〕

最初の時点ではなかったが、現段階では免除可能の対象となっており、今回まで実施していなかったものである。

院外講習あるいは取扱主任者講習等に参加することで一部の職員は免除が可能なところに達しているという理解である。

〔調査チーム〕

いつ誰が受講したかということは、記録に残しているのか。

〔事務局〕

記録として残しており、放射線障害防止法の監査で了解を得ている。

〔委員〕

義務ではないが、もう少し上を目指して良い方向にするということでは、医療法で規定されているフイルムバッヂを有する医療関係者全員を対象に行うべきではないかと思う。

〔事務局〕

被曝軽減など放射線部に係る基本的な説明は受けているが、放射線障害防止法の範囲内での放射線業務従事者に対する教育訓練を実施していなかったものであり、医療法の範囲内では行われている。

〔調査チーム〕

医療法で規定する放射線業務従事者も講習会の前半部程度に参加することで安全性が高く評価されることとなる。

特に人体への影響や RI の取り扱いなどが評価される。

〔事務局〕

院内で検討する。

〔委員〕

スタッフの増員に関しては、病院の意見はどうか。

〔事務局〕

現在、放射線治療部門は常勤医が 1 名と技師が 2 名となってい

る。技師全体の定数を増員することで放射線治療部門の定数も1名増員の3名となったが、傷病休暇や産前産後休暇などの取得やRI検査問題の対応等によって、一時的に2名となっている。

非常勤医も大学からの派遣があったが、大学の事情もあり途絶えてしまっている。今後は放射線部内で調整するとともに、再度大学へお願いをするなど、スタッフの充実に努めていきたい。

〔委員〕

県内には放射線治療施設が 4 台程度と少なく、患者数も増加しているので業務もかなり忙しくなっていると思うので、安全面も考え対応を検討して欲しい。

被曝管理用サーベイメーターの定期的な校正については、病院側の見解はどうか。

〔事務局〕

放射線治療部門に、サーベイメーターは常備されているが、定期的な校正を行っていなかったので、指摘を踏まえ、定期的に校正をして行きたいと思う。

〔委員〕

RI部門は定期的に校正しているのか。

〔事務局〕

通常RIの出入り口でチェックするハンドフットクロスモニターは当院にはないので、サーベイメーターで定期的なチェックをしている。理想は年 1 回の校正が望ましいとされているが、そのペースでの測定器の校正はしていない。

今後検討していきたい。

〔委員〕

放射線部門には被曝管理用サーベイメーターは何台あるか。

〔事務局〕

現在、核医学と放射線治療と、一般撮影系で兼用のものがあり、サーベイメーターとしては2台ある。

〔委員〕

RI部門のサーベイメーターを是非校正するようお願いする。

カンファレンスについても、他職種も含め定期的なカンファレンスは要求されているので、実施して欲しい。

スタッフの学会活動や研修への参加は、病院の支援として、できる限りお願いをしたい。

〔調査チーム〕

教育訓練に関しては、取扱主任者が集中的に管理するのは不可能

なので、事務方の支援・サポートによる管理が必要と思う。

〔委員〕
　教育訓練の管理は、どのセクションが行うか。

〔事務局〕
　職員の研修ということになると学術研修委員会があるが、そこで管理をするというものではないので、職員研修の記録管理ということからすると総務課となる。

〔委員〕
　講習会の参加状況の定期的なチェックを、総務課でよろしくお願いする。

〔委員〕
　マニュアルの統一は、語句だけではなくて体裁を整える必要があると思う。
　例えば、放射線部のマニュアルは、冒頭に作成の目的が明記されており、放射線治療室のマニュアルも、はじめが記載され、その後に7つにわたる原則が明記されている。
　他のマニュアルでは、そうした記述がなく、いきなり手順に入るなど精粗がある。
　目的や原則、基本を明示すれば、マニュアルの事項が多数になっても整理され理解されやすいのではないかと思う。

〔委員〕
　確かに指摘のとおり、目次が明記されていないのでわかりづらいと思う。
　全体の目次を作成しページ数を入れ、総論各論などの項目や目的を記載した方がわかりやすいと思う。
　すべて修正するとなると時間がかかるが、各論は除いて、冒頭部分は統一した方が良い。
　放射線治療の同意書は必要ないのか。

〔事務局〕
　放射線治療の同意書は、依頼手順に記載されており、同意書をとることとなっている。

〔委員〕
　放射線科の場合、インターベンションラディオロジーに関してマニュアルが別にあるのか。

〔事務局〕
　マニュアルはないが、患者への説明要旨や同意書はある。

〔委員〕

インターベンションラディオロジーは、非常に重要な傾向になっており、マニュアルはあった方が良いのではないかと思う。

〔委員〕

放射線関係業務についてはこれで検証を終わるが、病院側から何か意見があるか。

〔事務局〕

委員から指摘のあった核医学部門の文書帳票類の量の点について補足する。

今回の RI 問題を受けて核医学(RI)検査は、様々な対応を慎重に行ってきた。そのため薬剤師は調剤に係わらなければ配置の必要はないのではとの指摘があるが、違う部門の眼によるチェックをしていきたいという思いがある。

帳票類の多さについても、取り出した放射性物質の線量を測定した値を貼り付けるという手続きを一つひとつ踏んで行うこととしている。病院としては非常に煩雑になるが実施していくとの方針で行っている。

〔事務局〕

放射線障害防止法で規定されている教育訓練と、フイルムバッチを持って放射線診療に参加する者の教育について欠けていたので、病院として放射線に従事する者の教育訓練に取り組んで行く。

（放射線関係業務　検証終了）

【結果：放射線関係業務は、調査チームから指摘・要望された 35 項目の改善及び追加提案のあった教育訓練の対象者の拡大と職員研修の管理の検討、委員指摘のマニュアルのフォーマット・用語の統一の改善対応を進めることとし、検証を終了する。】

イ　医療事故防止マニュアル「総論」

〔委員〕

医療事故防止マニュアル 26 ページに市立甲府病院医療安全管理体制図があるが、院長の下位にある統括医療安全管理者と医療安全管理部門との関係性、指示命令や連携などの関係性が、この組織図ではわかりづらく、また、14 ページにある医療安全管理室の構成の表記とも矛盾しているのではないかと思う。

医療安全管理体制図が現実に則しているのか、機能的なのかという点で疑問を持った。

〔事務局〕

患者相談部門や医療安全管理対策委員会、医療安全管理室は、法

律で設置が義務付けられており、設置している。
医療安全の総体的な管理責任者は誰であるかという疑問が生じたことから、改めて当院の医療安全管理に関する責任者として院長が指名する者をもって統括医療安全管理者としたところである。この統括医療安全管理者が医療安全管理全体に関する権限を持ち、患者相談部門や医療安全管理対策委員会、医療安全管理部門に関しても全責任を負うということになっている。
また、医療安全管理対策委員会の委員長は、統括医療安全管理者が兼ねることとなっている。
事故調査委員会は、医療事故が発生した場合に開催されるが、開催権限は院長と統括医療安全管理者が持っており、事案の重要度によって決定者が異なる。この事故調査委員会の事務は患者相談室が行うこととなっており、体制図では線がつながっている。

〔委員〕
実態に即しているのかが良くわからない。
統括医療安全管理者には院長から直接指示が出され、統括医療安全管理者が医療安全対策委員会を招集するようになっているのか。

〔事務局〕
医療安全管理対策委員会の委員長は、統括医療安全管理者が兼ねることとなっている。また、患者相談室や医療安全管理室の責任者も統括医療安全管理者となっており、指示命令系統もそのとおりになっている。

〔委員〕
医療安全管理部門との関係性も良くわからないところである。

〔事務局〕
医療安全管理部門と医療安全管理室とは同意義であり、医療安全管理室は構成や所掌も決まっている。
構成は、室長と専従の看護師である医療安全管理者（統括リスクマネージャー）1名となっており、その下位に各部門のリスクマネージャーを設置している。部門別リスクマネージャーも医療安全管理室の中に入り、医療安全管理者の役割は、リスクマネージャー会議の招集や医療安全対策ミーティングの毎週 1 回の開催などを所掌しており、体制図では線をつなげた形としている。
また、医療機器安全管理責任者や医薬品安全管理責任者が決められており、統括医療安全管理者の責任範囲に入り医療安全管理対策委員会の下位に位置付いている。この各責任者の上部組織は医療安全管理対策委員会となっている。

〔委員〕
もう少しわかりやすい表記があるのではないかと思う。

〔委員〕
　統括医療安全管理者は院長ではなくて副院長なのか。

〔事務局〕
　院長が総責任を負うが、医療安全管理の実施などに関しては統括医療安全管理者が指示を出し責任を負う。

〔委員〕
　事故調査委員会を開催する場合の招集も統括医療安全管理者が行うのか。

〔事務局〕
　重大な医療事故の場合は院長が招集する。

〔委員〕
　定期的な会議には院長も入っていると思うが、開催の招集は統括医療安全管理者が行うのか。

〔事務局〕
　医療安全管理対策委員会は、各部門の責任者で構成しており、院長もメンバーとなっているが、医療安全管理対策委員会の委員長は統括医療安全管理者となっている。

〔委員〕
　前回も議論をしたが、様々なインシデントがヒヤリハットとして報告され、統括リスクマネージャーがチェックを行い、重要なものは統括医療安全管理者に報告されるという手順になるか。

〔事務局〕
　ただちに報告しなければならないものは、医療安全管理室長と統括医療安全管理者へ報告する。

〔委員〕
　もっと重要なものは、院長へ報告されるのか。

〔事務局〕
　まず統括医療安全管理者に報告し、統括医療安全管理者の判断で院長に報告する。

〔委員〕
　医療安全管理室長は、統括医療安全管理者の下位に位置づくのか。

〔事務局〕
　統括医療安全管理者の下位に位置づき、医療安全管理室長は医療安全管理室が所掌することの指揮を取ることとなっている。

医療安全管理室の業務は、医療安全管理対策委員会で決定された方針に基づき組織横断的に院内の安全管理を担い、決定事項の各部署への周知や、医療安全対策の実施状況・評価結果の記録･検証など行う。

また、ヒヤリハット報告などリスクマネージャー会議で出された医療安全に対する事項について、医療安全対策管理委員会の議題の作成などが主な業務となる。

〔委員〕

医療安全管理室に係わる各部門のメンバーは、何名ぐらいいるか。

〔事務局〕

部門のリスクマネージャーは 38 名おり、医療安全管理室の職員は専任の室長と専従の統括リスクマネージャーの 2 名となっている。また、患者相談担当が庶務を兼ねて 1 名いる。

〔委員〕

ヒヤリハットが多数あがってきた場合は、統括リスクマネージャーが 1 人で全部処理をするのか。24 時間関係なく報告が出てくるし、処理も紙ベースで行うということであれば、非常に大変な手間が掛かると思う。

〔事務局〕

現在、報告は端末に入力し、そのデータをフロッピーディスクに取り込み、医療安全管理室に届けられる手続きとなっている。

〔委員〕

大量の報告があがってきて、それを 1 人で把握するのは大変なことと思う。複数のリスクマネージャーがローテーションで仕事をするなどのシステムを構築した方が軽減されると思う。

看護部のリスクマネジメント委員会は、師長会に近いのか。

〔事務局〕

師長会とは違う。

看護部リスクマネジメント委員会は、看護部の中のリスクマネージャーで構成する会議である。

〔委員〕

看護部のリスクマネジメント委員会と医療安全管理室を上手く実質的に機能させ、院長から直轄的に統括できるようなシステムの組織がやりやすいのではないかと思う。ただし、病院によって事情は違うので一概には言えない。

ただちに体制を変えるようにとのことではないが、体制図が非常に分かりづらいこともあるので、病院として一番機能しやすい形が良いと思う。

医療安全管理室は、事務職員は係わっていないのか。

〔事務局〕

患者相談部門（総合相談室）の患者相談担当が事務職員で、同一のフロアーで業務を行っている。

〔委員〕

医療事故防止マニュアルについても、各分野で精粗がある。

例えば小児科を見ると、総論として小児の医療事故の特徴が数点整理されており、その次に医療事故を防止するための基本原則が明記されていることから非常にわかりやすく、また、担当する職員も基本的な方向を認識しながら各論へ入っていける形となっている。

その他いくつかの部門も同じような形式をとっているが、残念ながらなっていないところもある。

放射線科は、いきなり造影はどうするのかなどが記載され、わかりづらい形となっている。

時間をかけてでも整理・統一化を図り、各部門で特徴・基本はどこにあるかなどを明記することが必要であると思う。この整理を行うことで、いかに詳細な項目が多数あったとしても、マニュアルを理解することが出来るのではないかと思うので、是非お願いしたい。

〔委員〕

機能評価を受ける場合は、マニュアルを厳しくチェックされるので、時間を掛けても統一したほうが良いと思う。

先程の放射線関係業務についても目次がないことから、全体を統一するフォーマットを作成した方が良いと思う。

〔委員〕

市立甲府病院医療安全管理対策委員会要綱の第 2 条の任務の中に、「ニアミス」「医療ミス」「医療事故」「医療紛争」などの用語が記載されている。また、医療事故レベルの判断基準には「アクシデント」と「インシデント」という言葉が使われているが、同じマニュアルの中で様々な用語が使われている箇所が多数あることから、基本的な用語の統一も行っていったほうが良いと思う。

また、附表がいくつか掲載されているが、マニュアルのどこに基づく附表なのか記載がないことから、読み取っていくしかないこととなる。

マニュアル全体の整理が必要であると思う。

〔委員〕

医療事故は、医療者側に過失があろうがなかろうが患者に支障が生じてしまうようなものを医療事故といい、例えば手術で合併症が起こったものなども医療事故に計上することもある。

医療過誤は、あくまでも過失があって患者に何らかの支障が起こったものと定義している。

インシデントなども定義があるので、最初に用語統一をし、マニュアルの中の用語を一致させていくということは、当然必要であると思う。
用語統一など直すべき点は、継続的に蓄積させ修正し、わかりやすいマニュアルにして欲しいと思う。

〔委員〕
要望になると思うが、医療安全管理の組織的な取り組みという観点から考えると、医療安全管理対策委員会はどんな活動をしているのか、活動内容を見えるようにする必要があると思う。

〔委員〕
医療安全管理対策委員会の会議結果は、リスクマネージャー会議を通じて全職員に周知されるということであった。
毎月 1 回行うとか定期的に行うという内容の記載がされていない。

〔委員〕
実際には実施していると思うが、定期的な開催等が業務内容の中に明示されていない。

〔委員〕
医療安全管理室は、何を業務として行っているのか見えない状況である。
開催していることはわかるが、実際にどのような活動をしているのか、そこでの成果とかを市民にわかるような形にしていくと、職員も自分たちの行っていることが実感できるし、市民の方々も自分たちの病院が行っている安全活動を理解できることとなるので、外部への発信を行っていった方がよいと思う。

〔委員〕
医療安全管理対策委員会の業務内容や議事録、医療安全管理室のヒヤリハットを公表するということはできないので、例えば病院の中で定期的に開催している講習会に、こういう人に来てもらって医療安全について話してもらい、今後の安全対策に役立っているなどのことを、病院のニュースの中で出すことが良いのではないか。
医療安全活動に関して定期的に講演会は開催しているか。

〔事務局〕
講習会は規則どおり行っている。

〔委員〕
全員が年に何回か参加しているのか。

〔事務局〕
　年に 9 回開催し、95～97%程度の参加率となっている。

〔委員〕
　参加率は 100%達成しないとならず、参加状況を年度末まで調べておき、欠席した職員に直接伝えることが必要である。

〔事務局〕
　医師に関しては参加状況を全て調べて、追加講習会に出席しなかった医師にはレポートを提出してもらうこととしている。

〔委員〕
　講習会のビデオを撮影し、そのビデオを 1 週間程度視聴できるようにしておき、それを見に来て、レポートを書いてもらうなどの方法をとらないと 100%にするのは難しいことだと思う。
　もっと厳しいのが感染症関係で、講習会の開催回数が少ないことなどから参加者がどうしても少なくなってしまう。

〔委員〕
　5S 活動については、非常に一生懸命行っていると思う。起こってしまった事故への対策というよりも、未然防止のための様々な活動を行っているので、イメージアップが出来るような活動の一端を発信すると良いのではないかと思う。

〔委員〕
　平成 23 年度医療安全に係わる課題の改善状況について、処理状況が完了ということで完結したことと思うが、医療安全というのは、例転倒転落事故など同じようなことが繰り返し起こると思う。取り組んで終了ということではなく、取り組んだことが実行され続けるような継続的な PDCA サイクルが回る仕組みづくりをどのように考えているか。

〔委員〕
　各部門での活動内容の報告会やワークショップ形式の事例検討会などは開催しているか。

〔事務局〕
　月に 1 回リスクマネージャー会議を開催し、各部門で何らかの医療安全に係わる取り組みとその効果を含めて報告をしている。
　事例検討については、医療安全管理対策委員会で検討をしている。

〔委員〕
　職員が参加して、活動につながった方が良いと思うので、活動報告会なども講習会と同様に点数制により行った方が、職員もやる気が出て、効果につながっていくと思う。

〔委員〕

ワークショップ形式を研修に取り入れることがマニュアルに記載され、取り組まれているので、職員の医療安全に対する姿勢は見えるが、研修会の振り返りや次の評価を行うなど循環する形になればよいと思う。

〔事務局〕

全部署を対象に5S活動の研修会を行う中で、今年度は部署ごとに成果を発表していくこととしている。良かった内容は表彰をするなど、継続した取り組みを進める。

〔委員〕

様々な取り組みを行っていると思うが、目標がどのように達成され次年度の目標につながっていくかなどの連続的な取り組みが必要と思う。

〔事務局〕

看護部の医療安全に係る会議では、各病棟ごとに同様のヒヤリハットが発生した場合はその対策を講じ、3ヵ月後に評価して、会議で発表することとしている。少しでも改善できればと考えている。

〔委員〕

マニュアル全体に誤字やわかりづらい部分があるので改めてチェックして欲しい。

また、オカランス報告の手順を見ると、事故が起こった場合には出来るだけ早く報告書を作成することとなっているが、期限を区切らないと報告が出てこないのではないか。

〔委員〕

インシデント、ヒヤリハット報告が提出された際に、第一報の内容はそのままの文書で残し、あとで内容を確認修正して最終報告書として残すという場合どのくらい時間がかかるか。

〔事務局〕

インシデントの場合は1週間以内としている。

〔委員〕

報告の流れは、医療安全管理室にフロッピーディスクで報告があがり、内容確認をして、修正が必要な場合はフロッピーディスク担当に戻し、また修正したものを提出してもらうこととなるのか。

〔事務局〕

報告を受け取って統括リスクマネージャーが修正をし、差し戻すようにしている。

〔委員〕

報告の第一報は担当者である医師や看護師が行い、その後の修正はリスクマネージャーが行うのか。

〔事務局〕

そうです。

〔委員〕

重大な事例の場合に緊急の事故調査委員会を開設するには、1 週間程度の時間を要すると思う。

報告の方法については、電子カルテ上に搭載されたシステムで行った方が、フロッピーディスクで移動するよりは、労力も安全性も向上すると思う。

〔事務局〕

現在使用しているソフトは、電子カルテを搭載している端末では使用できないもので、専用パソコンを使用している。

〔委員〕

現在、厚生労働省関係から様々なソフトが出ているので、それらを活用した方が簡単ではないかと思う。

〔事務局〕

来年度の導入に向けて検討している。

〔委員〕

医療安全に関する基本的な考え方の中に、患者参加、患者の協力を得て、一緒に患者を守っていくという考え方を基本に据えておいた方がよいと思う。

マニュアルにも記載されているが、患者の意識も一緒に高めていったほうが良いのではないかと思う。

〔委員〕

レベル 2 以上はどの程度あるか。

〔事務局〕

レベル 2 以上は事故報告となり、レベル 2 が 23 件、レベル 3 が 46 件の 69 件である。

〔委員〕

レベル 4 と 5 はどうか。

〔事務局〕

レベル 4 と 5 は 0 件である。

〔委員〕
　レベル 3 の中で 3b はどうか。

〔事務局〕
　レベル 3b は 5 件である。

〔委員〕
　件数は少ないと思う。インシデントは、報告件数を増やしていかなければならないと言われている。報告するシステムが簡単であればあるほど件数は多くなってくるものである。
　例えば、薬剤部での処方間違いや手術での合併症なども、処理は大変になるが、現在は報告する方向となっている。
　来年の 4 月以降に電子カルテに搭載され、院内コンピュータで活用できるような新しいシステムが入れば、結果報告の仕方も変わると思う。

〔事務局〕
　現在、ソフトの検討を進めているが、導入時期は未定である。

〔委員〕
　頻繁に改正され、しかも膨大なマニュアルが、どのように職員に受け入れられ、受け入れられるよう促しているのかが問題である。
　改正し、担当部署へ周知した場合、職員一人ひとりが音読する必要があると思う。
　特に、修正した箇所は重要であり、数年前にマニュアルは勉強したから大丈夫という感覚であってはならない。
　マニュアルの周知については、どの程度行われているのか。

〔事務局〕
　マニュアルを改定した場合は、医療安全管理対策委員会とリスクマネージャー会議、看護部リスクマネジメント会議において、まず委員へ配布周知し、1 冊ずつある各部署の医療事故防止マニュアルの差替えを配布するとともに、電子カルテ上の院内ホームページにも掲載する。
　また、昨年度は、最終の職員研修会において医療事故防止マニュアルの改定についてと題して、統括医療安全管理者から大きな変更点の説明を行った。

〔委員〕
　総論の部分は質問や意見があれば毎回行って行きたいと思う。

〔委員〕
　総論に関しては、大体意見が出たが、引き続き次回以降の委員会で意見を出して行きたい。
　放射線関係業務に関しては、指摘のあった点を改善して欲しい。

また、総論の中で重要な点は、マニュアルのフォーマットの統一と用語の統一をして欲しい。インシデントの報告についても、効率的な方法を検討し進めて欲しい。

【結果：医療事故防止マニュアル「総論」は、委員指摘の医療安全管理体制図の再考、ヒヤリハット報告の効率的方法の検討、マニュアルのフォーマット・用語の統一、医療安全活動の情報発信の検討、継続的な活動方法及び結果検証のシステム化の検討、職員に対するマニュアル内容（改正点を含む）の浸透方法の検討の改善対応を進めることとし、次回以降も引き続き検証する。】

3　次回開催について

〔事務局〕

次回の日程については、12 月 20 日に木曜日の午後 5 時 00 分からの開催を考えている。内容は、「薬剤関係業務」と「手術室業務」を予定している。

〔各委員から同意する旨の発言あり〕

【結果：次回開催は、平成 24 年 12 月 20 日（木）午後 5 時 00 分から開催することとし、議題は「薬剤関係業務」と「手術室業務」を予定する。】

4　閉会・院長あいさつ

放射線関係業務と医療事故防止マニュアルの総論について、指摘のあった事項を改善し、今後の当病院の医療安全体制の確立に向けて取り組んでいく。

医療安全体制等検証委員会　第２回委員会　決定・指摘等事項

〔決定事項〕

１　放射線関係業務は、調査チームから指摘・要望された 35 項目の改善及び追加提案のあった教育訓練の対象者の拡大と職員研修の管理の検討、委員指摘のマニュアルのフォーマット・用語の統一の改善対応を進めることとし、検証を終了する。

２　医療事故防止マニュアル「総論」は、委員指摘の医療安全管理体制図の再考、ヒヤリハット報告の効率的方法の検討、マニュアルのフォーマット・用語の統一、医療安全活動の情報発信の検討、継続的な活動方法及び結果検証のシステム化の検討、職員に対するマニュアル内容の浸透方法の検討の改善対応を進めることとし、次回以降も引き続き検証する。

３　次回開催は、平成 24 年 12 月 20 日（木）午後 5 時 00 分から開催することとし、議題は「薬剤関係業務」と「手術室業務」を予定する。

〔指摘・要望事項〕

１　放射線関係業務

○　調査チームによる 35 項目の指摘・要望事項は、別紙「指摘等事項に対する対応状況一覧＜放射線関係業務＞」を参照。

２　医療事故防止マニュアル「総論」

○　医療安全管理体制図を再考すること。
○　ヒヤリハット報告の効率的方法を検討すること。
○　マニュアルのフォーマット・用語を統一すること。
○　医療安全活動の情報発信を検討すること。
○　医療安全活動の継続的な活動方法及び結果検証のシステム化を検討すること。
○　職員に対するマニュアル内容の浸透方法を検討すること。

医療安全体制等検証委員会　第3回委員会　会議録

日　時：平成24年12月20日(木曜日)
17時00分～
会　場：第1会議室

出席者
委　員　3名
調査チーム　5名
職　員　24名
事務局　4名

〔第3回委員会〕

1　開会及び資料確認

2　議事（議長＝委員長）
(1)　医療安全体制の検証
ア　薬剤関係業務
調査チームから、調査報告書について説明。

〔調査チーム〕
事前調査として約100項目程度のチェックシートを配布し、10月4日に訪問調査を実施した。
方法としては、チェックシートによる事前調査と訪問調査によるヒアリングと視察を行った。
調査結果の総評としては、薬剤関連業務に関する安全体制については、概ね良好であると評価する。ただし、一つ指摘するならば、手術室の薬品倉庫の空調が、室温の範囲を超えていたということがあったので、早期の改善が必要と評する。
全部で10項目程度の評価をしたが、まず、医薬品の安全使用のための業務手順書については、医薬品安全使用のための業務手順書の内容については概ね妥当であると評価するが、従業者の業務が「医薬品業務手順書」に基づき行われているかの評価を定期的に確認することが求められる。全職員に対して業務点検が行われていない状況であったので、改善をしたほうが良いと評価する。
インシデント・ヒヤリハットへの対応は、薬剤部と安全管理室の情報共有が行われており、内容も薬剤師全員に対して事例の周知が図られ適切な体制であると評価する。
医薬品オーダリングについては、医薬品の過剰投与を防止する機能として薬剤最大投与マスタという機能は持っているが、マスタメンテナンスを行う人員が確保されていないことから、利用できていない状況であった。経費がかかるが市販のデータの購入等の検討が必要であると思う。

処方せん、注射指示せんについては、処方せん、注射指示せんに、体重・アレルギー薬等の情報を表示することにより、薬剤師の処方鑑査もより正確で医療安全に寄与できると考えられる。予算がかかるが、システムの改善が望ましいと評価する。また、注射薬ラベル、病棟の注射指示簿には、可能な限り点滴の開始時刻、終了時刻、投与速度等の記載が望まれる。

続いて薬剤部投薬窓口は、複数の診療科から薬剤が処方された場合の患者に対する薬の渡し漏れについて、窓口業務担当者の記憶を頼りに行っている状況があったので、他の薬剤師が対応した場合の患者に対する薬の渡し漏れを防ぐという意味で、投薬手順の整備が必要と評価する。

夜間の薬の払出状況については、病棟常備薬を使用し、薬剤師の鑑査を得ていない状況であった。救急輪番日以外の夜勤・当直、日直などの体制については、対応可能な人員の確保を含めて、今後の検討が必要であると評価する。

病棟常備薬の払出状況は、病棟常備注射薬から医薬品を使用した場合の補充方法について、オーダで入力がされているにもかかわらず、実在庫数のチェックのみで在庫数を補充している状態であり、可能であればオーダデータと常備薬請求数の照合を行う等、今後の検討が必要と評価する。

抗がん剤調製については、現在、循環型のクラス IIA という安全キャビネットを設置して調製を行っている状態であるが、抗がん剤無菌調製ガイドライン上では、外排気型（クラス IIB）の使用が推奨されている。これも経費がかかってしまうこととなるが、調製に従事するスタッフに対する抗がん剤被爆を防ぐために外排気型の安全キャビネットの設置が望まれるので、検討が必要と考える。

院内製剤については、院内製剤を使用した患者のフォローアップが全くなされていない状況にある。特に特殊製剤については、使用結果報告等を行い、製剤の安全性や有効性データを蓄積していくことが必要と評価する。

医薬品の保管については、最初に述べたとおり病院の中の薬剤部の医薬品の保管状況、温度や湿度の管理･チェックは適切に行われていたが、唯一手術室だけは室温がほとんど32℃と保管条件を逸脱している状況であったので、改善が必要と評価する。

〔委員〕

総評としては、概ね良好であるということであるが、手術室の空調が高すぎるという指摘があった。これは一時的なものかもしれないが、調査チームが調査したときには室温が高かったということである。

よく問題になるのは病棟常備薬の管理に関してであるが、病棟常備薬とは具体的にどんな薬があるのか。

〔調査チーム〕

抗生剤など薬全般である。

〔委員〕
　抗がん剤などは置いてあるか。

〔調査チーム〕
　抗がん剤は置いてない。

〔委員〕
　最低限の常備は絶対に必要であると思う。緊急の患者がいるので管理に関してのチェックをしっかりと行って欲しい。
　抗がん剤専門の調剤室で行うが、そのキャビネットの種類が指摘されている。院内製剤は、倫理委員会の確認を経て作っているが、具体的にどのような院内製剤を作っているか。

〔調査チーム〕
　種類は特にこれというのはないが、薬剤の体制として特殊製剤を作って、そのまま患者に交付する。市販されていない薬なので、安全性や有効性を重視しなければならない。

〔委員〕
　6 番の「窓口業務担当者が記憶を頼りに行っている。」とあるが、ルールとしてはどうなっているか。

〔調査チーム〕
　外来患者に薬を交付する手順が決まっていない状態にあり、担当の薬剤師が外来の患者の薬を頭の中で覚えていて行っている。例えば内科と外科から処方が出ていれば、その患者は 2 科から出ていると記憶して交付するが、担当薬剤師が昼休みなどで不在の際に新しい診療科から新しい処方が出た場合に、先の 2 科の処方を渡し忘れてしまうことになりかねないことから、何らかの手順の改善が必要ではないかということである。

〔委員〕
　手順とは具体的にどのようなものがあり得るか。

〔調査チーム〕
　例えば、現在は電子カルテ化されており、患者へ交付する薬の情報は薬剤部に届いていることから、患者のＩＤ番号を入れることによって、その日に何の薬が出ているのかを、時間を表示し確認することができるなどの対応が可能である。

〔委員〕
　院内製剤を使用した患者のフォローアップが全くされていないとのことであるが、院内製剤は、一般に市販されているような製薬会社が作った薬ではなく、病院として患者に合わせて調合した薬を作

るとのことであり、その安全性をチェックする体制が必要であると思う。

〔委員〕
　従来、慣習的にも文献的にも通常に使っているものがあるが、製薬会社が臨床試験を敬遠する傾向にあるので各病院で作る薬がたくさんある。医科大学などでは特殊な薬が数多くあるが、規制も厳しくし使用する前に倫理委員会に申請し、文献的な内容を考察して認可を得た後に作るというのが、原則的な取扱いとなっている。何十年も同じ薬を使っている患者もいることなので、安全性に問題はない。ただし、フォローアップの体制は必要と思う。

〔調査チーム〕
　特殊な製剤は多数あり、そのレシピもたくさんあるが、その中でもより良いものを改善していくという観点と情報収集が必要となってくる。

〔委員〕
　一昨年ぐらいに規制が改正され臨床開発は製薬メーカーが実施するようになったことから、特殊なものも開発を始めているところがある。

〔委員〕
　院内製剤の割合は多いのか。

〔委員〕
　割合は少ない。なぜかというと、マーケットが大きければ製薬会社が開発を行うわけであるが、経費をかけてもメリットがないと判断されれば作らないこととなる。小児科などでは、大人は一般的に使われている薬であっても子どもには使わないものなどがあり、そうした薬はメーカーで作らない傾向にある。これはやむを得ないところである。

〔委員〕
　経験的に問題なく行われている薬が多いとのいうことだが、裁判などで問われるところとして、薬にはどういう効用があって、副作用はどういったことがあり、それはごく稀なのか、症状が出た場合はどのような状況であるとかの注意書きなどが付いていることが重要であるが、院内製剤では、そのような注意書きはなじまないものとなるか。

〔委員〕
　公的な文書としてはない。

〔委員〕

6 番と 7 番、8 番の問題を見ると、横の連携の不備が見られる。抽象化してはいけないが、医療事故防止マニュアル 4 版の薬剤部のところでは、それぞれの業務の管理について記載がされており、伝達や相互の確認など連携に関することが提示されているが、もう少し確実に実践していくことが必要であり、記憶に頼る仕組みを変えていくとか、次の担当者への連携をルール化する必要がある。

また、前回の放射線関係業務の際にもあったが、薬剤師の役割が非常に高まってきていることから、薬剤師と医師、看護師その他の部門との連携を統一し、ルール化していく必要があると思う。

〔委員〕

薬剤部だけの問題ではなく、病院運営全体に係わる総論的な問題としての意見である。

調査チームの指摘事項に対して、病院側の見解はどうか。

〔事務局〕

総評のオペ室の室温については、温度計が壊れていたことから、新しいものに換えた。夏場の温度等が高い場合には空調の温度を低くすることによって室温が下がり、問題のない室温となっている。

温度･湿度は毎日の朝夕 2 回、手術室の職員が測定している。加えて担当薬剤師がオペ室に入室する際に確認することとした。

2 つ目の医薬品の安全使用のための業務手順書については、「医薬品の安全使用のための手順書チェックリスト」を作成したところであり、今後、点検方法や頻度等について各部門と検討する。

3 番目の医薬品オーダリングについては、電子カルテシステム上に薬剤投与マスタがあるが、指摘のとおり人員確保を含めた問題などにより現状は整備が困難な状況にある。人員確保は、来年 4 月に 3 名を採用する予定となっている。今後、カスタマイズ等の費用の問題もあるが、市販データを最大限に使用していくこととしている。

4 番の処方せん、注射指示せんについては、医療機器システムから出力されており、処方オーダや注射オーダを鑑査するうえで必要な医薬品情報、患者基本情報、体重、アレルギー薬等は、システムをカスタマイズすることで可能となる。しかし、これも人員確保やカスタマイズに関する費用等が問題となっていることから、今後、検討する。

注射薬ラベル、病棟の注射指示簿には、可能な限り点滴開始時刻、終了時刻、投与速度等の記載が望まれるとする 5 番目の指摘については、現状、医師が入力することによって対応が可能なことから、医療安全面を踏まえ診療部に対して入力依頼をしていく。

6 番目の薬剤部投薬窓口については、電子カルテ上の内容を参照し、確認後に投薬する方法に変更した。また、窓口業務マニュアルについても改訂した。

7 番の夜間の薬の払出状況については、基本的には輪番日以外はオンコール体制であたっている。それ以外については病棟では必要時オーダを薬剤師も含めて検討し登録してあるので、これに基づき、

看護師が取り揃え、実施している。救急外来には処方オーダに基づき当直医師と当直看護師が確認の上、投与している。処方内容については翌朝薬剤師が確認し、使用薬剤の補充を行っている。また、輪番日以外の夜勤・当直、日直などの体制については、4 月から 3 名が確保され、最終目標は 20 名まで増員することとしていることから、今後検討していきたいと考えている。

病棟常備薬の払出状況については、締め切り時間以降のオーダ内容について、医療機器のシステムを用いて病棟毎に集計し出力することが可能である。病棟配置薬の請求との照合を図って、補充方法について検討していくが、カスタマイズ等の費用が必要となることから、今後検討していきたいと考えている。

9 番目の抗がん剤調製については、現在、当院ではクラスⅡA の安全キャビネットを使用している。30%の外排気、70%の循環型であるが、これを外排気型にするには、キャビネット自体をクラスⅡB のものに替える必要があり、排気工事も必要となる。現在のものは耐用年数が近づいていることから、平成 26 年度予算に要求を行い、クラスⅡB 型の購入を考えていく。

10 番目の院内製剤については、「特殊製剤結果報告書」を作成し、特殊製剤を使用した患者の副作用・有効性を病棟薬剤師は医師とともに検討し、使用終了時に医師又は薬剤師は「特殊製剤使用結果報告書」に内容を記載して薬剤部長へ提出することとした。また、製剤処方箋は別綴りとして保管し、随時処方内容について把握できるようにする。

11 番目の医薬品の保管については総論と同様となっている。

〔委員〕

6 番の窓口業務マニュアルは、資料の中にあるか。

〔事務局〕

「調剤業務の流れについて」の中の P15 に窓口業務のことが記載されている。

〔委員〕

このマニュアルは改正後のものか。

〔事務局〕

改正前のものであり、訂正はされていない。

〔委員〕

後日、改正されたマニュアルを配布して欲しい。

〔委員〕

総論の対応状況の中で担当薬剤師も入室時に確認を行っていくとあるが、現在、担当の薬剤師は週に何日くらい手術室に入っているか。

〔事務局〕
　1ヶ月に1回程度の入室となっている。

〔委員〕
　1ヶ月に1回ということでは､夏場などの温度設定は難しいので、できれば週に1回程度は入室した方が良いと思う。
　手術室内の麻薬管理はどのように行っているか。

〔事務局〕
　オペ室には麻薬を常備しておらず、毎日払出している。

〔委員〕
　廃棄した薬、麻酔薬なども毎日払出しているか。

〔事務局〕
　毎日払出している。

〔委員〕
　最近は医薬品を麻酔の医師ごとに一つのカートに乗せて運ぶようになっている。手術室ごとに必要な器材が決まっているので、セットにして運ぶシステムになっている。

〔事務局〕
　当院では、手術室の部屋ごとに薬剤がセットされており、それぞれのカートで使用したものは、メインのカートから補充し、メインカートを薬剤部に運んで補充する形となっている。

〔委員〕
　メインカートから各カートに補充するシステムであれば、薬剤師が毎回手術室に入らなくても対応できる。
　10番の院内製剤に係わるフォローアップであるが、例えば院内の特殊製剤を作成する場合には特定の薬剤師が担当して全てをまとめて作っているのか、あるいは依頼された際にそれぞれメニューに従って作っているのか。

〔事務局〕
　製剤に担当薬剤師を配置しており、作成している。

〔委員〕
　特殊製剤は安定性などに関しての公式な文書がないので、出来れば同意書をとったほうが良いと思う。院内の倫理委員会を通して同意書をとるシステムとした方が、いざというときに安全なのではないか。

〔事務局〕
　特殊製剤の作成に際しては院長決定をとっており、同意書も毎回とっている。

〔委員〕
　同意書は、その薬を使う患者からとるのか。

〔事務局〕
　同意書は、患者からもらう。

〔委員〕
　副作用などの説明は行うのか。

〔委員〕
　病院によって対応は多少異なるが、この薬は法的な規定によって作成したものではないとの文書をつけている。

〔委員〕
　リスクがあると思うが、どうか。

〔事務局〕
　当院では病院薬剤師会で認められている薬のみ製剤しており、倫理委員会にかけ認可を得るほどの製剤はない。

〔委員〕
　従来の薬剤を希釈する程度のものか。

〔事務局〕
　はい。病院薬剤師会の中でも一般的と考えられている製剤である。

〔委員〕
　3 番のオーダリングシステムは、電子カルテシステム上に薬剤投与マスタがあるが、人員等に問題がある中で 3 名の薬剤師を確保し、今後マスタを作るということであり、また、市販データを用いたデータ作成とシステムカスタマイズを検討していくとのことであるが、具体的にいつ頃を想定しているか。

〔事務局〕
　費用の問題や人員は確保しても新卒者ということもあり、早期の対応は困難と考える。

〔委員〕
　入院患者に抗がん剤を投与する場合は、いろいろなプロトコールがあるが、確実にきちっとプロトコールを投与して、ある疾患名のがん患者にこの量は多すぎるのではないかとか、この間隔で投与す

べきではないかということをチェックできるシステムを作るということか。

〔事務局〕
　現在、レジメンオーダをしており、それをチェックしている。

〔委員〕
　院内製剤は決してリスクの高いものではないということか。

〔調査チーム〕
　使用することによって生死に係わるというようなことは基本的にはない。

〔委員〕
　通常製造されている薬では対応できない部分があるということか。

〔調査チーム〕
　通常に製造されている医薬品については、副作用救済制度が適用されるが、院内製剤された薬にはその適用がない。

〔委員〕
　年単位で何十年もその薬を使っている患者にとっては、その薬がないということは非常に困ることとなる。
　薬剤関係業務については、これで検証を終了する。

（薬剤関係業務　検証終了）

【結果：薬剤関係業務は、調査チームから指摘・要望された 11 項目の改善を進めることとし、検証を終了する。】

　薬剤関係業務については、これで検証を終了する。

イ　手術室業務
調査チームから、調査報告書について説明。

〔調査チーム〕
　総論については、患者誤認・手術部位間違いを防止するためのマニュアルの改訂が望まれる。また、手術室における輸血に関するマニュアルの改訂が望まれる。手術室における防災体制のために備品整備が必要と思われる。手術室担当の臨床工学技士（ME）の増員が必要と思われる。手術室での薬剤師の関与が少ない。看護師長がリーダーを兼任しているので、師長業務に専念できるように看護師増員などの対策が必要と思われる。これらをメインとして、それぞれ各論で述べる。
　はじめに、患者誤認防止マニュアルの名称改訂を指摘しているが、

これは修正の必要がないので訂正する。
　患者誤認マニュアルでは、ベッド乗り換えホールでまず患者確認を行うが、その手順が明確になっていない。患者に名乗ってもらった氏名と何を確認するのかが明らかになっておらず、何と確認するかが一番問題である。この点は、私が訪問調査する前に山梨大学看護部による指摘がされていたため、訪問時には実施表での照合による改善がされていた。ただし、照合する用紙が正しいのかどうかを予め確認しておくことが必要であると思われる。印刷されたものであったで大丈夫と思うが、人が転記したものであれば転記ミスということがあるので、なるべく申し込みのままの情報が載ったものと照合する必要があると思う。患者に名乗ってもらうだけではなく、術式や手術部位も確認することが重要であると思う。ある程度マニュアルに記述されているが、その点に留意してマニュアルを改訂する必要がある。
　また、手術室の入口のホールを超えて各手術室に患者が入室していくが、それぞれの部屋に入っていく際の確認の手順についても改訂が必要であると思う。具体的には、現在、市立甲府病院ではリストバンドのバーコードでチェックしているが、1 室でも、2 室、3 室でもバーコードチェックでは入室できてしまう状況にある。これはシステムの問題となるのですぐに改善することは困難と思うが、現行の方法では単に入室したことを記録しているだけのものであって、患者の名前をチェックしているものではないということを認識しておく必要がある。よって、各手術室に入った際に、再度患者誤認をしていないこと、部屋の間違いがないことを確認する手順を、もう一度考慮してマニュアルを改訂することが良いと思う。ある程度は記述されているが、誰が何と何を確認するのかを明確にする必要があると思う。
　また、手術室当日の手術の流れや緊急手術によって、部屋が変更になることは多くある。部屋が変更になった場合に各部屋の入室を固定してしまうとバーコードでチェックしたときに入れなくなってしまうとことがあることから、どの部屋でもチェックできるようになっているとのことであったが、人の手で中央廊下と各部屋のホワイトボードを変更することで現在は対応している。
　今のところ間違えるようなことはないが、電子カルテやリストバンドチェックもあるので、次回の電子カルテの更新時には、電子的な手術室の割り振りを行い、リストバンドで入室間違いをしないようにできればと思う。その際には、手術室の割り振りの変更処理があるので、電子入力を担当する職員の増員も考えた方が良いと思う。
　次に、「同意書等をチェックすること。」とマニュアルには記述されているが、同意書は患者と一緒に運ばれてくるだけなので、患者チェックには使えない。同意書は患者がその手術に同意しているだけのものであることから、同意書でのチェックではあまり意味がない。
　また、手術を始める前に全職員の仕事を止めて、患者の手術があっているかどうか、患者を間違えていないかなどを、スタッフ全員

で確認しあって手術を始めることをタイムアウトというが、マニュアルにはタイムアウトを行うとの記述はあるものの、実際にはタイムアウトを行っていない診療科がある。
どのような手順で何を確認するかなどタイムアウトの手順を具体的に記載し、全診療科で実施すべきである。他病院では全身麻酔は、術者（助手）、麻酔科医、看護師の３者立会いのもと、手術麻酔申込書と手術同意書を元にして、声に出して手術部位、左右、術式について確認している。また、現在は相互チェックなどでさらに厳しくなっており、各スタッフの自己紹介、手術予定時間・予想出血量・準備血・その他患者の問題点などについても皆で確認し合ってから手術を行うこととなっている。
手術部位については、手術予定表での部位確認や画像での確認などはマニュアルにも記載されているが、左右間違いが問題になる。目の手術の場合は右目の下に矢印を書いたり、印をつけたり、右手であれば右手に印をつけるなどのことをマーキングというが、左右間違いを予防するために行うマーキングが確実に実施されていない。
マーキングだけが左右間違いの予防方法ではないが、マーキングも行わずに手術予定表だけのチェックで手術を行うのでは、間違いを起こす危険がある。
手術予定表も入力自体を間違得ることがあるので、左右間違いを防止する方法を検討したほうが良いと思う。患者が寝た後ではなく、起きているときに何らかの印を付ける等の手順を検討する必要がある。
退室時については、患者が手首に巻いてあるリストバンドがあるが、市立甲府病院ではリストバンドを２つ付けてあり、１つを手術室入室時に外して手術室に置いて行き、もう１つのリストバンドは患者が付けているが、手術室に置いていったリストバンドは、実際には切り刻んで破棄されており、実際の手順をマニュアルに記載して欲しいと思う。
手術室の大きな事故の一つとして輸血の間違いがある。輸血の事故防止マニュアルがあるが、このマニュアルは事故防止というよりも輸血の実施のマニュアルを作成した方が良いと思う。実施の手順が記載されていないので、明確に決める必要があると思う。「病院の輸血施行時のマニュアル」を参照との記載があり、手術室についての記載はないので、どちらかのマニュアルに明確に記載する必要がある。
手術室での輸血製剤の保管に関しては、中央に専用の冷蔵庫があるが、その冷蔵庫に当日の患者の血液が全て入っていることから、1室の患者の血液を 2 室に持って行ってしまう可能性がある。間違えると大きな事故になることから注意を喚起するとともに、確認手順を決める必要がある。
また、血液型を計るために患者から採決を行うが、採血時に別の患者の血液と入れ違ってしまうという間違いが実際には起きてしまう。2 回以上別々に採った検体で血液型は測っておかないと血液型間違いが起こってしまう可能性があるので、この点を周知しておく

必要がある。血液型を判定してクロスマッチを行えばよいが、血液型判定の検体とクロスマッチが同じであれば防止できないので、注意が必要である。

放射線照射の確認がマニュアルに抜けているので、記載して欲しいと思う。

血液型のチェックは、電子カルテでチェックすることとなっているが、電子カルテが他人のものという可能性もあるので、患者本人のものであることの確認が重要である。

T&S の概念として、A 型、B 型以外の抗体があり輸血の副作用があると言われているが、その不規則抗体がないということの確認と、不規則抗体の有効期限が明記されていないので記述するようにして欲しいと思う。

体内異物残存防止に関しては、後ほど看護部から詳しく説明があると思うが、レントゲン撮影などの基準をマニュアルに記述して欲しいと思う。

転落･転倒についても看護部から説明があるが、注意することは、患者が歩いて手術室に入室し手術台に寝るときに、手術台の反対側にスタッフがいないと落ちてしまう危険があるので、反対側には必ずスタッフが立っているようにしたほうが良いと思う。

褥瘡、皮膚の損傷に関しても、後ほど看護部から説明があるが、手術台には頭を支える台や手を支える台が別々に付いているが、しっかりと固定されていない場合は途中で外れると危険なので、固定されているかを確認する必要がある。

熱傷予防について、手術室では熱傷が時々報告されるが、一つは消毒薬に電気メスの火が入ってしまい燃えてしまうことがある。また、患者が冷えないために体温維持の器機があるが、それによって熱傷を起こすことがあり、この点についてもマニュアルに明確に記載して欲しいと思う。

ME 機器に関しては、年 2 回の定期点検を行うこととなっているが、点検の責任者がはっきりしていない。特に手術室担当の臨床工学士がいないので増員が是非とも必要と思われる。

針刺し事故は、単にリキャップしないということだけではなく、リキャップしなければならないこともある。血の付いている針をキャップに入れるときに手に刺してしまうことがあるので、これを防ぐための方法として片手でリキャップする方法なども周知した方が良いと思う。

麻薬管理に関しては、現在は麻酔科科長が全て行っているようであるが、手術室専任の薬剤師を配属して、麻薬・筋弛緩薬・吸入麻酔薬の管理を行うのが望ましいと考えるので、薬剤師の関与を増やして欲しいと思う。

DVT は特に足とかの静脈に血栓ができ、その血栓が血流に乗って肺に達して詰まってしまうことである。「DVT 予防対策マニュアル」と「周術期肺塞栓症対策マニュアル」、患者に配る資料等があるが、なるべく一元化したマニュアルの方が実際には活用しやすいのではないかと思う。

また、マニュアルに掲載している情報量が少ないということで、「ガイドラインを参照してください。」とあるが、予防やリスク分類はそれに順ずるとの記載だけでは対策マニュアルとして不十分である。市立甲府病院として活用しやすいものにする為にも、予防やリスク分類に関して具体的なものを表などにまとめて、マニュアルに掲載されてはどうかと思う。その上で、「肺血栓塞栓症／深部静脈血栓症（静脈血栓塞栓症）予防ガイドライン」のアドレスを記載されると良いと思う。

ただし、このガイドライン自体も古いものとなっており、循環器学会などから新しいガイドラインも出ているようなので、循環器医師や外科医師などに相談し再度作り直したほうが良いと思う。

具体的には深部静脈血栓症から肺血栓塞栓症に至ったものを疑った診断や対応の手順が記載してはあるが、時間の流れでフローチャートなどを作成し、もう少し使いやすいものにしたほうが良いと思われ、一元化したマニュアルの中で検討されてはどうかというものである。

また、主治医が行うのか循環器の担当医が行うのかどちらが行うべき検査かが不明瞭なところがある。

手術の前に DVT が見つかった際の予防目的の下大静脈フィルターの適応についても具体的に記載した方が良いと思う。

患者用のパンフレットが作成されており、啓蒙することは良いと思われるが、看護師に対する看護の点で注意すべきことなども具体的に加えた方が良いのではないかと思う。

その他として手術室で DVT を予防するために足をポンプで締め付けたり緩めたりする下肢圧迫装置という器機があるが、手術室のものは手術室で脱着し、病棟では改めて着け直すこととなっており、台数の問題などもあると思うが、一度外すのではなく装着したまま病棟に移動できるような一元化した管理が良いと思われる。

低用量未分画ヘパリン・低分子ヘパリンなどの薬物的予防法を含めた対策は、各科によって違うと思うが決めておいた方が良いと思われる。

患者の入室・退室の基準があるが、マニュアル間で重複しているところがあるので、同じ内容とすることが必要である。

また、退室に関しては患者がどのくらい醒めているのかなどをチェック項目として具体的な基準を示した方が良いと思われる。

手術室の防災マニュアルについては、「手術室の避難誘導図を参照」となっているが、避難誘導図が無いようなので早急に作成する必要がある。実際の取り決めでは、1 階の屋上に逃げることになっているようであるが、逃げられないときのために 2 方向の動線を確保することが必要と思われる。

また、今回の震災のこともあるが、電力が供給されなくなった際の照明、無影灯などの、どれが使用可能なのかをマニュアルに記載した方が良いと思う。大きな地震の時には酸素の配管が遮断されるとマニュアルに記載されているが、復帰がどのようになっているのかを周知した方が良いと思う。また、酸素の供給が断たれた時に、

手術室における酸素供給は 3 系統程度必要となる。大きなボンベと小さなボンベに、各室の予備ボンベを入れての 3 系統であるが、3 系統目の予備ボンベが各室に無いので、各室への装備が必要と思われる。

人工呼吸器は酸素で駆動するものや空気で駆動するものなどがあるが、それぞれの供給が断たれると動かなくなるので、把握することが必要であると思う。

アンビューバックは、人工呼吸器などの器機全てが動かなくなったときに、手動で患者を監視するための道具のことを言うが、全手術室に対して 2 セットしかなかったことから、各室に揃えるようにして欲しい。

無停電であると思うが、明かりが消えると動きが取れなくなるので、最悪のことを考えて各室に懐中電灯を備えておく必要があると思う。

また、今回の震災などを考えると、担架などや情報の確保手段も備えておいた方が良いと思う。手術室では血液などを吸引するシステムが必要であり、非常用吸引ポンプも備えておいた方が有利と思われる。

自家発電になったときには、水冷式では断水時に使用できないことから、井戸水などの対応が必要と思う。また、院内 PHS システムは全て非常用電源で使用可能かを確認する必要がある。

ベッド乗り換えホールマニュアルは、手術室医療事故対策マニュアルの最初の部分と同様の内容なので、統合した方が良いと思う。

〔委員〕

7 番、8 番、9 番、10 番の患者誤認については、確認方法として氏名だけでは駄目であるとか、術式や部位の確認が重要であるとかは、それぞれマニュアルに記載されているが、必ずしも同じではないので、これらを一括整理して新しくした方がよいとのことか。

〔調査チーム〕

まとめられるものはまとめた方が良いが、随時変わっていく部分もあるので、その部分は別に記載しても良いと思う。指摘した部分については、1 つにまとめることはできるのではないかと思う。

ハッチウェイ操作マニュアルやベッド乗り換えマニュアルなどいくつかあるが、これらは 1 つにまとめれば利用しやすくなると思う。

〔委員〕

手術室や病棟など部署によってそれぞれ運用が異なると思うが、整合していない部分がある。また、術者と情報が分離してはならないとの指摘があったが、バラバラな印象を受けた。

〔委員〕

場面によって確認の仕方が違う。例えば入院患者に薬を与える場合、病棟の中にいる当該患者であることを確認するためには、本人

に名乗ってもらった上でリストバンドの名前とバーコードで確認する方法が摂られている。特に薬を注射する場合は副作用などの危険があるので十分な確認が必要となる。

手術室では、間違った手術や左右の間違えはあってはならないことなので、起こらないようにかなり細かくチェックしている。ある程度元気な患者であれば自分で歩いて入室するので、入室時に患者に名乗ってもらい、あらかじめ手術室に届いている情報やバーコードで突合せを行い予定されている患者であることを確認することとなっている。その後に 1 番の部屋へ入ることになっていたものが、緊急手術などで部屋が変更になったときなどに、新たな部屋でも間違わないように確認するシステムが必要となってくる。

そして、麻酔をかけるときにも間違わないで麻酔をかけ、手術をするときにも手術する側があらかじめ自分で記録してきたものと手術室に来た資料とを突き合わせて、タイムアウトの話があったが、術者と看護師と麻酔医その他スタッフが手術内容を一緒に確認するが、手術室に来た情報も間違って来ないようにどうやって確認するかが必要である。術者は覚えているが、看護師などは普段患者と顔を合わせていないので、手術室の中でいかに正しい情報を正しく伝えるかというシステムを改善する必要がある。

病棟と手術室では確認する方法も異なっており、ある一つの決まったシステムではなかなかできないものである。

手術室に入ってきた患者を間違わずに確認し、正しい手術室にお連れして、麻酔医が正しく麻酔をかけ、術者が部位を間違えずに正しく手術を行えるかというところまでは、ある程度チェックすることはできているが、更なるチェックが必要ということである。

14 番の輸血事故防止の手術室における輸血実施に関する手順の記載が無いとのことであり、病院の輸血処理のマニュアルが使われていると思われるが、手術室での輸血に関することが記載されていないと指摘されている。輸血は間違いが起こりやすいので、間違わないようかなりしっかりしたシステムが必要である。

また、30 番の ME 機器は年 2 回定期点検を実施しているが、点検の責任者として臨床工学士が明記されておらず、手術室における ME 機器管理を行うためには、手術室担当の臨床工学技士の増員が必要と思われるとの指摘である。ME を増員するといっても定数の問題などがあり難しいことであるが、できれば専門の職員を増やして定期的にチェックすることで、より良くなるということはどの病院でも言われることで重要な点である。

その他の 32 番、33 番では、先程薬剤業務の中でも聞いたが、手術室における麻薬管理に関する手順がマニュアルに記載されておらず、これは全部薬剤部で行われているということであるが、次の 33 番で手術室内の薬品の点検が 1 か月に 1 回薬剤師が 2 名しか入らないというのは少ないとの印象を受けた。毎日とは言わないが週に 1 回程度は薬剤師が手術室に入られた方が良いと思う。特に麻薬や筋弛緩薬などの管理はしっかりできるようにした方が良いものであり、指摘のとおりであると思う。

35 番以下は、下肢動脈血栓と周術期肺塞栓症対策マニュアルであるが、最近よくエコノミー症候群と言われているが、長時間同じ体勢をとっている血栓が出来てしまい、血栓が肺に達して命が危うくなることがある。これについて、術前からの予防や実際に起こってしまったときの対処などのマニュアルがあるが、手術室の中での肺塞栓マニュアルが記載されているが、すこし内容が少ないと思う。具体的にどのようにするかなどが、あまり書かれていないように思う。また、患者用のパンフレットも改善した方が良いと思う。肺塞栓マニュアルに関しては 35 番から 46 番までの指摘がされている。手術室防災マニュアルも、指摘内容を踏まえた改善が必要である。では、ここまでに関しまして、既に対応している状況等を病院側から説明をお願いする。

〔事務局〕

患者誤認に関しては、患者確認の照合は電子カルテから出力した手術予定表を使用しており、患者名や術式、血液型も記載されているので、この手術予定表により確認することと変更した。それ以外の指摘事項については改善していく予定である。

また、リストバンドについては、輸血事故防止にも関連するが、リストバンドをなぜ切断して使用しているかというと輸血をするためであり、輸血する際にはまずリストバンドで患者を認証し、輸血製剤にあるバーコードを読み込み、一致しないと先に進めないシステムとなっている。このため切断して使用している。この方法であれば輸血間違えという事故はほとんど起きないと考える。また、あえて手術室の輸血マニュアルを定めていなかった理由は、手順が病棟と全く同じであるということで手術室専用のマニュアルを作っていない。

放射線製剤の運営に関しましても、当院では放射線照射済の製剤のみの使用としており、オーダも照射済の製剤のみの選択しかできないシステムとなっている。

タイムアウトに関しては、世界保健機関（WHO）のチェックリストを利用し、また、看護師が強制的に医師に対してタイムアウトをさせるような、強制的な実施を考えている。WHO のチェックリストを病院の体制に合わせて改訂し使用する。限られた時間の中で実行できるようなチェックリストとしていきたい。

マーキングに関しては、当院では全く行っておらず必要なことなので、シールを貼るとか、丸を付けるとかの方法でマーキングを実施することとした。

DVT に関しては、改訂前は細かな要領やガイドラインがあったが、簡素化した。改訂以前に戻し、より具体的な手順やフロアーチャートなどの内容を記載することとした。

また、予防目的の下大静脈フィルターの設置は、当院の循環器内科が行うことになっている。ある程度リスクの高いものに関しては、必ず循環器内科を受診して下大静脈フィルターも検討するという方法となるような項目を作ってマニュアルを作成して行く。

防災に関しましては、酸素の供給が遮断されたときは、使用できる数が限られており、既に麻酔器への予備酸素ボンベの装着は行っており、アンビューバックも発注をした。その他の指摘についても改善できるところは実施して行く。

〔委員〕
DVT に関して、36 番の間欠的下肢圧迫装置の一元管理についてはどうか。

〔事務局〕
術後のポンプを使用しているのは整形外科だけであるが、次回の整形外科の機器の更新の時には合わせるようにしていきたい。

〔委員〕
患者が立ち上がって安全が確認できなければ外さないというのがルールであるので、一度外してしまうと意味がなくなってしまう。手術室から病棟に行く間は付けたままにしておき、病棟に着いたところで再稼働させるようにした方が良いと思う。装置などを付けていたか付けていなかったかということが後に問題となる場合がある。
続きまして看護部で行った調査の指摘内容について、説明をお願いする。

〔調査チーム〕
手術室看護業務管理及び医療安全管理に関しては、先の報告と重複する部分があるので、割愛しながら説明する。
患者誤認防止に関しては、入室時に乗り換えホールで患者が先に行き、カルテは申し送り後手術室に運ばれる状況があった。カルテと患者が離れることの危険性は 1999 年の横浜市立大学の患者取り違え事例のようなことがあるので、間違いを防止するためにも、患者とカルテは一緒に移動できるよう検討が必要と思う。
手術部位の確認（タイムアウト）に関しては、先に報告があったので、割愛する。
また、薬剤管理に関しては、まず、払い出された麻薬は、麻薬用金庫に保管されて、施錠できる机の引き出しに収納されていた。しかし、麻薬用金庫は手提げ金庫で、金庫の施錠をしないまま引き出しのみ施錠している状況があった。鍵の管理を含めて、更に徹底した管理が必要であるとともに、手提げ金庫は持ち出される可能性があるので、速やかに固定された金庫等の設置が望まれる。
また、手術野での薬品の取り扱いについては、現場確認時に麻酔科医師と看護師の相互の確認が行われていない状況があったので、声出しによる確認は是非実施して欲しいと思う。
輸血の管理については、先程報告があったので割愛するが、一点、輸血の保存に関して、輸血保冷庫の庫内温度記録について現場確認時には確認できなかったが、記録をしている場合は継続して欲しいと思う。また、毎日の温度記録を残すことによって適正な管理が実

施されていることの証明にもなるので、是非実施して欲しいと思う。
もう一点、手術室から病棟に持ち出した血液は、何時間以内であれば使用可能とするのか明確ではなかったので、基準を作成して欲しいと思う。

5 番の体内遺残防止については、閉創時の器械カウントについて器械出し看護師がリストを基に行う方法や器械出し看護師がリストを外回り看護師に渡し読み上げてもらい確認する方法などがいくつかの方法が混在している状況が確認された。後者の場合 2 回目の器械カウントは、使用した物を看護師の記憶に頼って実施しているとのことであったので、かなり不確実であると考えられる。また器械及びガーゼ・消耗品のカウントの一致を声に出して確認し合うなどの行為は限定的であった。カウントの一致と共有が図られているとは言い難いので、今後は、カウント方法を統一し、外回り看護師と器械出し看護師の責任の所在を明確にして、カウントの一致をする際には、はっきりと声を出して、手術に関係したスタッフ全員で確認できることが望ましいと考える。不一致の場合は全員で探すということが必要と思う。

また、手術器械の点検に関しては、器械出し看護師が器械カウントを行う際に、器械の員数点検は行っていたが、器械の動き・破損の有無・先端の一致などの点検を行っていない状況があった。器械の故障は、後で判ることがあるので、手術中の使用に伴う破損や破損した器械の一部が体内遺残するケースもあるので、員数点検とともに器械の動きや破損の有無などの確認が行われることを望む。

ガーゼ・器械カウントについては、マニュアルの中に「ガーゼ等の迷入の可能性が極めて少ない術式に関してはカウントしない」とされているが、根拠及び該当する術式を明確に示し、手術室の職員全体で共通理解する必要があると考える。また、X 線に映らない白ガーゼの使用基準も同様に考えられるため、「ガーゼ・器械カウント不要」「白ガーゼ使用」に関するルールを明確に示すことが重要であると考える。

6 番の転倒･転落防止に関しては、先に報告もあったが、加えて患者が乗り換えホールから手術台に移って各手術室に別れるときに、手術台に患者が臥床した状態で搬送しているが、固定が殆どされていない状況が見られた。確かに前後や左右に職員が付いているときもあったが、転落防止・危険予防の観点から術前に麻酔の全投薬を打っている場合などは、患者をマジックベルト等で固定することが望まれる。また、ベッド乗り換えホールで、弾性ストッキングを装着した患者が歩行入室していたが、スリッパに履き替えており、一般的にスリッパは病棟でも転倒リスクが高いことから、なるべく履かせない方向で指導されるものであり、転倒リスクを高めることになるので、履いてきたもので入室するか履物の検討が必要と思う。

7 番の ME 機器の管理に関しては、先程報告があったので割愛する。

8 番の手術部看護部門管理に関しましても報告があっが、加えて手術部門全体の業務を見直すことによって、看護師数を増やすこと

だけではなく、看護師以外でも行える業務を明確にし、それぞれの役割を分担することで、より効率的な手術部門の運営が可能になると考えられる。
その他として、患者が入室時に着物の着用がなく下着 1 枚で入室する状況がみられたが、患者のアメニティーへの配慮を考えて欲しいと思う。
タイムアウトに戻るが、全身麻酔の場合と局所麻酔の場合はやり方が違うので、局麻の場合には患者がクリアーなので患者に参加してもらい、自分の術式や左右、氏名を確認してもらうと、非常にスムーズに進められる。全麻と局麻のそれぞれのマニュアルを作って行ったほうが実施しやすいのではないかと思う。

〔委員〕
ここで病院側から対応状況等について説明をお願いする。

〔事務局〕
患者誤認防止については、手術予定表を見ながら確認している。
指摘があったように、患者自身に術式や左右を言ってもらい確認したうえで各手術室に入室するようにしているが、マニュアルへの具体的な記載がなかったことから改訂する。
タイムアウトに関しては、現在マニュアルへの記載を行っているところであり、手術室内のホワイトボードにガムテープで名前、術式、左右を書いて提示し、執刀医、麻酔医、外回りなど手術に係わるスタッフで確認している。
麻薬金庫については、固定型の金庫を発注している。
輸血に関しては、毎日の温度記録を残すこととなっており、記録紙が出力されている。
体内遺残防止について、器械の確認は準備する際に器材が破損していないか確認しながら 1 回カウントし、器械出し看護師がさらにカウントをしている。3 回目は途中で器械などを追加することがあるので、外回り看護師が追加数を記録し、器械出し看護師と外回り看護師とで器械数、ガーゼ数などをダブルチェックしている。カウントしている間は執刀医も手を止めて確認し、全てが一致しても最後に X 線での確認を行う。
転倒・転落防止に関して、ベッド乗り換えホールから手術室入室時のスリッパの履き替えは、履き替えなくても入室できるようにしたいと思う。
下着 1 枚での入室については、手足の一部が出ている以外は全てバスタオルで覆うようにしている。
同意書に関しては手術が始まる前に、術式や部位などの情報を電子カルテから確認している。
薬剤師の係わりであるが、今後、麻薬や筋弛緩薬、向精神薬に関しては、薬剤師が手術室に出向いて、使用簿と残薬数、空アンプル等の確認をして補充していく方法を検討している。また、手術室担当薬剤師は、現在 1 名であるが 2 名に増員し月 1 回程度ではなく回

数を増やしていくよう検討している。
白ガーゼのカウントについては、小さいものはカウントしていなかったが、白ガーゼ使用に関する基準等をマニュアルに掲載していきたいと考えている。
臨床工学技師の増員の関係について、現在、当院の臨床工学士は、人工呼吸器や輸液ポンプ、シリンジポンプなどのポンプ類の点検と透析室を中心に業務を行っており、手術室にはなかなか入っていない状況にある。今後は業務全体を見直す中で、増員も含めて業務の方法などを検討していきたいと考えている。
手術部看護部門の管理については、指摘されたように現在は看護師長が行っており、看護師長が不在時は副看護師長となるが、手術調整から事務的な連絡、業者対応など全てを行っているのが現状である。
手術部門全体の業務を整理見直しし、看護師長の役割、副看護師長の役割を明確化するとともに、リーダー的な看護師を養成して、看護師長、副看護師長の補佐ができるような体制にしていきたいと考えている。また、他職種、特に臨床工学士や薬剤師の係わりを増やし、専門的な知識・技術をもととした管理・点検などへの協力を求めて行きたい。手術後の片付けや部屋掃除など看護師以外の職員ができる業務は、看護助手を増員するなどして役割分担を図って行きたいと考えている。

〔委員〕
60 番ですが、カルテと患者が離れていたという指摘の部分について、患者ファイルという言い方があるが、患者ファイルとはカルテのことでよろしいか。7 番の患者誤認のところでも手術予定表という言葉がある、同じ意味でよろしいか。

〔委員〕
本来電子カルテになると、カルテそのものがなくなってしまうが、書類が入るケースは残っている。そのケースと患者が離れてしまうという指摘であり、常に誰かが持っているわけにはいかないことから、患者が先に行ってしまったり、逆に書類が先に行ってしまったりしてしまうことがある。同時に移動しないと間違いが起こる可能性があるというものである。

〔委員〕
カルテと患者が離れてしまうことを防止する手立てとしてはどのようなものが考えられるか。

〔委員〕
患者が入室したことを確認した時点で、必ず付き添いの人が看護師に申し送ることが必要である。

〔委員〕

手術室に必ず申し送りをしたかなどは、チェックポイントとしてマニュアルに記載されたルールがあるが、事情があって実行されていなかったということか。

〔委員〕
例えば、ある時間だけ患者が集中してしまいスタッフの対応が間に合わないなどの状況がある。この場合も本来であれば手術の開始時間を遅らせても、一人ひとりの確認をしっかりと行わなければならないと思う。
朝から手術を行う病院などでは、患者が集中するので少しずつ開始時間をずらして行うところもある。
66番の麻薬の鍵の管理は誰が行っているか。

〔事務局〕
手術室の看護師長、副看護師長である。

〔委員〕
24時間対応か。

〔事務局〕
24時間は無理なので、鍵のかかる別の場所に保管している。

〔委員〕
夜中の救急対応の場合はどうか。

〔事務局〕
手術室の職員はわかる場所となっている。
鍵を手にするまでには3段階の手順を踏むこととなっている。鍵で開けたところを、さらに鍵を使って開き、またさらに別の場所を開いて初めて麻薬を手にすることができるようになっている。

〔委員〕
時間帯ごとに、誰が鍵を管理しているか把握しているか。

〔事務局〕
夜間は担当看護師が常に鍵を持ち歩いており、日中の鍵の管理は、特定の職員に限定すると各手術室で行われている手術ごとに必要となる麻薬を取り出す場合に非常に煩雑になってしまうことから、特定の場所に鍵を保管する方法をとっている。

〔委員〕
確実に管理者を決めておいたほうが問題は起こらないと思うので、検討して欲しいと思う。
最後の感染管理と褥瘡対策の説明をお願いする。

〔調査チーム〕

ファシリティ・マネジメントに関する清掃については、全域において埃が除去され清潔が保たれていると感じられた。また、「環境整備チェックリスト」が作成されており、日々のチェックがされていた。しかし、看護師が清掃を行っており、補助者への業務委譲など看護業務改善が望まれる。これについては先程看護部長からその方向性で考えているとの話しがあったので、是非よろしくお願いしたい。

血液などの湿性生体物質による汚染部分の処理方法については、プロベスト、これは第 4 級アンモニウム系薬剤であるが、これを使用しており、中水準消毒薬によるピンポイントの消毒が適切と考えられる。したがって、界面活性剤による生体物質の除去の後に、中水準消毒薬による環境消毒の手順を整備して欲しいと考える。これは、手術室だけでなく病院全体のマニュアル化が必要と考えられる。

空調に関しては、手術の途中で空調が作動していないことに気付くといった状況があった。これは現場確認の際に空気が流れていない状況が確認されたものであり、手術室の清潔度は空調清浄度の差であることから、作動状況の確認が徹底されるようにお願いしたい。

水質は、手洗いに RO 水が用いられており、年 1 回の水質調査が実施されているとのことであったので、これは問題がない。

感染性廃棄物に関しては、耐貫通性のバイオハザード表示のある容器が使用されており、足踏み式ホルダーが活用されていない。蓋がされずに開放のまま床置きされていた。基本的には感染性のものは蓋をしておくこととなっており、感染性廃棄容器は蓋付きのものにして欲しいと思う。また、ホルダーの活用についてスタッフへの周知をお願いしたいと思う。

手術終了後のゴミ集めの場面で、感染性廃棄容器に手でオイフを押し込む状況があった。針刺し事故のリスクが非常に高いことから手で押し込まないことの徹底が必要であると考える。確認したところ、その容器の中には危険なものは入れないとのことであったが、職員の入れ替わりもあるので、徹底をして欲しいと思う。

液体、血液や体液など鋭利物以外のオイフも耐貫通性容器に入れていたが、バイオハザード表示のダンボール廃棄容器であれば容量も多くコスト削減につながるのではないかと考えられる。

一時的保管場所は施錠可能な場所で、収集通路への搬出も一方向性が確保されていたので、これは良いと思う。

リネンに関しては、血液等湿性生体物質汚染のリネン容器に蓋がないので、蓋の設置をお願いする。

各自の手洗いに関しては、ブラシの使用ではなくラビング法が推奨されており、使用されている洗浄消毒剤、アルコール手指消毒剤も問題はなかった。手洗いシンクも清潔に保持されていたが、手洗い後の水はねが目立っていたので、シンク周囲の乾燥保持のために適宜の清掃が必要であると考えられる。

標準予防策について、手指衛生はスタッフ個々によって実施状況に差が見られた。手指衛生行動の向上は継続的に取り組んで欲しい

と思う。床に落ちた包装紙を素手で拾いポケットに入れ、その後は手洗いをしていない。または手指消毒をしていない。手袋を脱いだあと手指衛生がされていない。このとき手袋を脱いだときもアルコール消毒が必要であるが、実施されていないなどの場面が確認された。

防護具、手袋、マスク、ガウン、エプロン等について、各部屋には手袋は常備されていたが、マスクやエプロンなどの設置がなく、必要時にすぐに使用できる環境ではなかったので、整備が必要と思う。看護師のゴーグル着用は徹底されていたが、メガネ使用者のゴーグル着用率が低かったので検討が必要と考える。器材片付け時の手袋、尿破棄時のエプロンなど、必要な防護具が着用されていない場面があった。手袋装着の目的が不明と思われる場面があり、例えば、手袋装着した手で患者の健康な皮膚や病衣に触れ、その後そのままの手袋で周囲機器類に触れるなどの行為が見られた。

器材の洗浄・消毒・滅菌に関しては、器具の洗浄効果の確認、生物学的・化学的インジケーターを用いた滅菌保証は、定期的に実施され記録が残されており、保持されていると考える。外注職員が器材を洗浄する際に、袖なしのエプロンを装着していたが、血液などの跳ね返りも予測されるため、袖付きガウンが適当であると考えられる。ガウンの配置がないところがあったので、撥水性もしくは防水性ガウン、又はロング手袋の導入の検討をお願いする。

既滅菌器材の保管に関しては問題はないが、クリーンゾーンの入口にエアーシャワー設備が設置されており、入口は良いが各手術室に自由に入室ができるため、スタッフが出入りしている場面が確認された。クリーンゾーンと手術室とでは空調が等圧であることから、クリーンゾーンをクリーンゾーンとするのであれば各手術室に対して陽圧設定に空調する必要があるとともに、スタッフの動線を規制するなどの取り組みが必要であると考えられる。

内視鏡の自動洗浄機に関しては、洗浄槽の汚染が確認された。定期的なメンテナンス実施と、日々の濃度チェック実施、及び記録の必要があると考えられる。また、管理マニュアルの作成が必要と考えられる。

スポンジやタワシ類の管理については、病院全体での規定を明確にすることが望ましいと考える。例えば 1 日ごとに捨てるとか、1 回ごとに捨てるとかの検討をお願いしたい。

気管内チューブのカフエア注入用の注射器、胃管の空気注入用の注射器など単回使用器具のリユース、1 回使ったものがそのまま机などに置かれて使われていることが確認された。取扱説明書に単回使用と表示のある器具のリユースについては、部署内及び病院としての規定が必要であると考える。確認されたリユースとしては、消毒薬ボトルを排液ボトルとして使っている。クルムを排液ボトルの固定ヒモとして使っている。手術時手洗いの際に使用した手拭きペーパーを雑巾として使用しているなどが見られた。

針刺し事故防止に関しては、局所麻酔薬のリキャップはすくい上げ法で実施されていた。針捨て BOX は、基本的には 80%以上廃棄

されたものがあったので、70~80％での廃棄を徹底してする必要があると思う。一杯に入っていると針刺しにもつながるので、是非検討をお願いしたい。

術者と直接介助者との持針器やメスなど器械の受け渡しでは、危険な渡し方・受け方をしている場面が見られた。また、相互の声掛けが少ないと感じられたので、事故防止の面から器機の受け渡しにおける安全な手順や声出しの必要性を検討して欲しいと考える。

院内感染防止対策マニュアルの中で確認したことは、CJD 対策、手術時手洗い、廃棄物処理、手術野消毒薬、手術器材処理、針刺し事故防止、除毛、手術室設備管理、SSI 対策について確認をした。これらの項目については記載があることを確認したが、内容に関しては、各項目で概念記述が多く、臨床現場における具体的行動レベルでの表記へ改訂すると、より活用が促進されると思うので検討をお願いする。

手術室の褥瘡対策については、手術中の褥瘡発生の可能性やリスク、手術時間、手術中の低血圧状態の頻発、術中のシーツ対応の経過などによって、褥瘡が発生しやすい状態などがあるので、是非手術中の褥瘡対策を実施して欲しいとの考えから指摘する。

まず術前訪問については、体位固定によるリスクをアセスメントすることが目的の一つになっているが、術前訪問の対象者が明確に示されていない。褥瘡対策の視点からも訪問対象患者の基準が必要であると考えられる。

術中の褥瘡対策については、全手術室の台に「ウレタン素材のマットレス」が新規使用されていたが、褥瘡対策を意識した活用になっているとは言えない状況が見受けられた。また、上肢・下肢・特殊体位、腹ばいになったりとか、横になったりとか、座っての手術とか、載石位などで必要となる体圧分散用具の補助具は整備されていない現状があったので、是非褥瘡対策の視点での活用と整備が必要と思う。

褥瘡発生時の報告ルートについては、褥瘡対策は医療チームとして係わる必要があり、病棟や褥瘡対策チームとの連携が重要である。褥瘡発生時の報告ルートが明確になるとすばやい対応ができ、また手術室のことを病棟に申し送ってそこでの対応ができるので、是非そのルートも明確にして欲しいと思う。

褥瘡対策マニュアルについては、手術によって褥瘡発生リスクが高まることから、褥瘡マニュアルの中に「手術室における褥瘡対策」の項目を是非設けて欲しいと思う。

手術室で使用する体圧分散用具の選択基準に関しては、看護師個々の判断に任せられている状況があったので、褥瘡予防管理ガイドライン等を活用して選択基準を作成することが望まれる。

神経障害予防の体位については、具体的な体位の取り方はマニュアルに記載されているが、更に科学的な裏付けが記載されることによって、状況に応じて神経障害を予防する看護師の判断の幅が広がると考えられるのでお願いしたい。

褥瘡発生要因のシーツの皺については、マニュアル内にはシーツ

の皺を「きれいにのばす」と記載されていたが、実際の場面では確認できなかった。是非、実施して欲しいと思う。

手術中の観察項目については、「褥瘡好発部位」が記載されており、紙面でのチェックはされていた。しかし、観察を行った上でのチェックとは見受けられないので改善が望まれる。

術前及び術後の皮膚の観察については、挿管前や切開する前の皮膚の観察が実際に行われているかは訪問調査時には確認できなかった。術後の観察はハッチウェイで側臥位になった時に、看護師の目視により行われていることは行動から確認できたが、声に出すなどの行為は見受けられなかった。皮膚の観察はチェックリストに基づき観察し、目視と共に触れることが必要であると思う。

褥瘡対策のマネジメントについては、手術体位を整える場面で褥瘡予防の知識を活用することは有効であり、また皮膚観察の視点を持って目視に加えて触診、触ってみることが非常に大事なので、手術部での発生の特徴と言われている深部損傷褥瘡、DTI と言われるが、その予測が可能となると考えられるので、積極的な褥瘡対策マネジメントをお願いしたい。

周手術期の看護及び診療報酬改訂による褥瘡対策として、褥瘡対策のマニュアルの整備、褥瘡のデータ分析、手術室で使用する体圧分散用具の整備、褥瘡対策の実際の実施を、今後期待する。

〔委員〕

手術室業務マニュアルの中に褥瘡対策はあるか。

〔調査チーム〕

体位固定の基準があり、手術体位を取るときに手術に適した体位について、褥瘡予防という視点を踏まえた体位の取り方が考えられることから指摘した。

〔委員〕

病院側から対応状況についての説明をお願いする。

〔事務局〕

清掃についいは、湿性生体物質による汚染部分の処理方法は、プロベストを使用していたが、訪問調査後に0.5%ピューラックス溶液による環境消毒を実施している。

空調に関しては、通常は稼動しているが、訪問調査時には稼動しておらず指摘を受けた。

針刺しに関しては、以前は蓋付きのフット式廃棄物ボックスを使用していたが、スタッフの用務が煩雑になることなどからキックバケツを廃止し、感染性廃棄容器を使用することとなった。現在のボックスには、絶対にメスや針などは入れない決まりになっており、危険物は入っていない。再度フット式にするにはどのような運用が必要かを検討する。

手術室への段ボール廃棄容器の設置については、菌や虫などが付

くことから採用していない。安価であることは承知しているが、当院の手術室ではダンボール容器は一切採用していない。

手洗いシンクの周りについては、看護助手が清掃をしている、使用者が絶えず手洗いしていることから、時間帯を決めて清掃している。

標準予防策については手袋のみであったが、指摘を受けた翌日にはマスク、ガウン等を各手術室に整備した。再度、標準予防策については徹底して行く。

器材を洗う際に袖付きのエプロンを装着していなかったが、変更する。ロング手袋は配備してある。

内視鏡の自動洗浄器は使用していない。一般的な洗浄は滅菌室で全て行い、スコープ類は内視鏡室に依頼しており、現在は一切使っていない。

気管内チューブのカフエア注入用注射器などについては、再利用しないようにする。

手術中に使用する鋭利な器械の受け渡し方法の徹底と、受け渡し時の声かけの徹底を周知する。

褥瘡対策の徹底については、認定看護師がいなかったものの、今年配置できたので、体位等について検討し啓蒙して行く。また山梨大学の認定看護師にも体位等の写真など情報をもらう中でマニュアル作成チームを編成し整備を進めている。

〔委員〕

体位固定を行い、合併症が発生したというような場合は、固定をした責任者は手術をした外科医なのか、麻酔医なのか、誰になるのか。

〔事務局〕

最終的な責任者は執刀医となる。

〔委員〕

手術室業務に関して、総括するにはかなり膨大なので後でまとめる。かなり細かい指摘もあることから、議事録の中でまとめる。

患者確認に関しては、一貫したものがあるのかとの指摘は正しいと思う。常にスタッフも思って行っているが、患者もいろいろな状況にあり、常に同じ対応で行うことは難しいものである。しかし、手術室の対応は究極的にやらざるを得ないので、こういう話は非常に重要である。

〔委員〕

86番でダンボールの廃棄容器なら容量も多く、コスト削減にもつながるとの考えによる指摘に対して、病院側ではダンボールは虫が発生するなど予測されるので変更しないという明確に見解が違うと思ったが、どうなのか。

〔調査チーム〕

提案したダンボールは医療廃棄物用のバイオハザード付きの特殊なダンボールであり、それを使うと良いのではないかということである。

〔委員〕

バイオハザードとは、血液が付くなどして何らかの感染を持つ可能性があるものであり、耐貫通性というのはプラスティックのしっかりしたもので、針などが突き通ったりしないもののことで、耐貫通性の容器には基本的には何を捨てても良いというものである。ただし経費がかかってしまう。手術中に使ったガウンや布などの血液で汚染されたものをまとめて入れ、外に置いても大丈夫なようなダンボールに入れておいたほうが、容量も一杯使えコストも安いので使い分けてはどうかとの提案であり、検討して欲しいと思う。

MEや薬剤師が常駐では病院でも、ほぼ毎日手術室に入っており、特に薬剤師は麻薬など管理もあるので、毎日入ったほうが安全と思うことから改善をお願いする。また鍵の管理の改善もお願いする。

手術室業務については、これで検証を終了する。

（手術室業務　検証終了）

【結果：手術室業務は、調査チームから指摘・要望された104項目の改善を進めることとし、検証を終了する。】

手術室業務については、これで検証を終了する。

3　閉会・院長あいさつ

指摘、指導いただいた事項は、それぞれの責任者から対応状況の説明したが、特にスタッフの確保の問題などを踏まえ、病院としてできる限りの改善に努めていく。

医療安全体制等検証委員会　第3回委員会　決定・指摘等事項

〔決定事項〕

1　薬剤関係業務は、調査チームから指摘・要望された 11 項目の改善を進め、特に薬剤師の手術室への関与を増やすよう努めることとし、検証を終了する。

2　手術室業務は、調査チームから指摘・要望された104項目の改善を進め、特にMEや薬剤師の手術室への関与を増やすとともに、麻薬管理の改善に努めることとし、検証を終了する。

3　次回開催は、平成24年3月19日（火）午後5時00分から開催することとし、議題は「病棟等業務」を予定する。

〔指摘・要望事項〕

1　薬剤関係業務

○　調査チームによる 11 項目の指摘・要望事項は、別紙「指摘等事項に対する対応状況一覧＜薬剤関係業務＞」を参照。

2　手術室業務

○　調査チームによる104項目の指摘・要望事項は、別紙「指摘等事項に対する対応状況一覧＜手術室業務＞」を参照。

医療安全体制等検証委員会　第4回委員会　会議録

日　時：平成25年3月19日(火曜日)
17時00分～
会　場：第1会議室

出席者
委　員　3名
調査チーム　5名
職　員　25名
事務局　4名

〔第4回委員会〕

1　開会及び資料確認

2　議事
(1)　医療安全体制の検証
ア　病棟等業務
調査チームから、調査報告書について説明。

〔調査チーム〕
検証方法は、看護部及び看護部が所管する部署について、事前にマニュアルを検討し、チェックシート及びヒアリングによる現場視察を平成24年10月23日に実施した。
ゼネラル・リスクマネジャーを専従で配置し、医療安全体制確立のための努力を日々積んでいることを確認した。
その一方で、今後取り組むべき課題も見られたので、指摘事項には医療安全から若干離れる内容も含まれるが、指摘内容の質改善に努めることが医療安全の推進に繋がることと考えられるため、あえて掲載をした。
Ⅰの医療安全管理体制で、医療事故等の報告制度については、報告数が少なく問題点の把握に至っていない部署があるため、当該部署の医療安全対策委員を中心に報告書提出の必要性について職員の意識啓蒙を行うことが望ましい。
2の安全管理のための職員研修については、職員研修への参加者の少ない部門があるので、少なくとも法令に定められた研修は必ず受ける仕組みの構築が必要である。「医療安全推進週間」を職員及び市民の意識啓発に活用すること、リスクマネージャー養成研修への医師等の参加が望まれる。
3の医療安全管理者については、医療安全管理者の業務内容が多岐にわたりオーバーワークになっているため、より安全な体制づくりのために人員増を図ることが望ましい。

4の患者・医療者のパートナーシップについては、患者・医療者のパートナーシップが安全管理指針には盛り込まれていない。そのための組織的な検討もなされていない。従って、医療安全のために患者参画を実行するための資料もほとんど見られない。これらの点は、今後、医療安全の質向上を図るために取り組むべき課題である。

5の説明と同意については、判断能力やコミュニケーション能力に障害のある人及びその代理人への説明手順等が見あたらない。高齢化の進展に備えて早急に対応を整備すること。電子カルテシステムの帳票として独自の同意書を作成しているが、説明者のサイン欄がないものが見受けられたので、作成の基準等が必要である。

6のナースの労働環境における必要な安全保護として、看護職員の配置にあたっては、経営効率と患者の安全のバランスが保たれるようにデータに基づいた判断に心掛けること。看護スタッフとその他の職種のリーダーとの間の効果的なコミュニケーションが図られるための方策を検討すること。

7 の医療安全上の改善策では、その策定、実施、実施状況の把握、見直しのサイクルが上手く廻る仕組みづくりに努めること。

Ⅱの病棟での医療機器安全管理体制として、1のモニターは時間がズレていたので、正確な時刻が合わせられる工夫を検討すること。

2 の輸液ポンプやシリンジポンプなど医療機器の日常点検は PDA システムを使用し行っているが、端末の台数が少なく活用されていないので改善を要する。

3の近年、人工呼吸器に関するインシデントが多い中、装置に日常点検表が添付されていない。看護記録と PDA 使用を使用している。マニュアルにはチェック表があるが活用されていない。何を点検するかの取り決めがなく、各人に任されている。臨床工学技士による人工呼吸器点検のラウンドも週1回程度なので、さらなる関わりを望む。

4のモニター類、人工呼吸器、ポータブルトイレ、メスキュードボックス等が同じ場所に保管されている。5S 及び感染予防の観点からも好ましくないので、改善が必要である。

病棟については、全体として似た傾向となっていることから、まとめて報告する。

5S の観点としては、安全を確保するため、活動を今後ますます活発化することが望ましいと思われる。

転倒転落防止対策の観点としては、小児科では基準に則したアセスメントツールの活用が見られていないので、改善を要する。

点滴台が 4 本足の物はバランスが悪く、点滴をしながらトイレ歩行等では転倒の危険がある。また、患者が保持するハンドルがないと歩行時の安定性が保てないと思われる。安全性の高い点滴台の導入を望む。

薬剤の管理の観点としては、注射の準備では、プリントアウトした注射処方箋を見ての確認作業が行われている。指示変更が繰り返された場合は、紙媒体に頼る方法であると新しい指示を見落とすことが危惧される。電子カルテを活用した確認作業を検討する必要がある。

注射薬のダブルチェックの方法が病棟によって若干異なっている。

マニュアル通りの方法で統一する必要がある。
ミキシングで使用した注射針をリキャップせずに、プラスチックトレイに入れておき、最後にまとめてメスキュードボックスに入れていたが、針刺しの危険があるので、ミキシングに使用した注射針用のメスキュードボックスをテーブルに置いておくと良いと考える。
ベッドサイドでの 6 Right による確認のうち、日付・経路については、呼称確認がされていない病棟があった。
混注した抗生剤のバイアルをミキシング直後に廃棄するため、ボトルの確認のみで実際の中身の確認はできていない。点滴終了までバイアルを残して置く必要があると思う。
患者確認の方法では、患者にフルネームで名乗ってもらうことが遵守されていない病棟があった。
点滴の目的・薬効に関する説明を行っていない職員もいた。マニュアルの遵守徹底が必要である。
点滴液のラベルの注射時間が手書きとなっており、転記ミスなどのエラーが発生する可能性があるので、システムの改良について検討が望まれる。
内服・外用薬に関して、病棟常備薬は、病棟に払い出された時点から使用期限が不明確になりやすいため、棚卸等の時期などで交換することが望ましい。
5 階西病棟では内服の廃棄薬ボックスがあるため、数週間不要薬剤が病棟に放置されている。このボックスでの回収頻度についての検討が必要である。
口頭指示書がクリアファイルにまとめて保管されている病棟があった。後日の確認が簡潔に行えることとなるのが望ましいと考える。
中止薬は分別されていたが、5 西病棟では 5S の観点から整理が必要である。
マニュアルでは、内服薬の配薬時に薬袋の氏名を見せて確認することになっているが、実施されていない病棟があった。
マニュアルでは、麻薬与薬時は 1 患者 1 施行ごとに 1 トレイで病室に持って行くこととなっていたが、トレイの未使用、簡易バッグの使用などが行われており、マニュアルが徹底されていなかった。麻薬の内服が確実に行われたかの確認方法の検討が必要である。
「医薬品安全使用のための業務手順書」では、マスキュラックスは救急カートで施錠保管することになっているが、実際には他の薬剤と一緒に施錠管理されている。マニュアルと実際の管理に乖離があるので、他の基準との関係や実務上の安全性を考慮し、院内管理の統一及びマニュアルとの整合性を図ることが必要である。
マニュアルの「与薬過誤時の対応フロー」では、事故が起きた時、それぞれのスタッフが何をすることが患者の救命に繋がるかを考えて、それぞれの役割を明確にする必要がある。
その他の観点として、身体拘束に関しては、同意書に拘束を必要とするアセスメント、拘束方法、期間等の記載がないので、同意書の役割を果たしていると考えにくい。輸血時の受け取りを 1 人 1 患者とすること、同意書の確認をすることをマニュアルに加筆した方が良い

と考える。
　外来フロアーについては、連携として、紹介機関の診療機能について明確に表示がない。地域に根ざした医療を推進するためにも患者目線で見ることが出来る紹介方法や体制の検討が望まれる。また、自院にない診療科の紹介も併せて提供できると医療連携に繋がると思われる。
　患者の権利と安全確保という点で、院内掲示の方法として見やすい場所の選択、表示を大きくするなどの工夫をして、病院として明確に患者の権利を伝えることが重要かと思われる。
　組織的な検討課題として安全確保に関する「患者の義務」についても明文化し、職員や病院利用者・市民への周知を図ることが必要と思われる。
　セカンド・オピニオンの保証に関しては、ホームページへの掲載だけでなく、積極的かつ具体的な方法により明示して利用者に周知することが重要である。
　同意書をとることを医師が看護師に委譲することがあるが、実施手順を遵守していない医師が見られた。マニュアルの周知徹底を図ることが必要かと思われる。
　患者サービスという点では、患者･家族の意見を聞く手段として投書箱が設置されており、定期的に回収され検討されているようであるが、意見がどのように質改善に活かされていくのかの表示がされていない。また、投書箱が目立ちにくい場所に設置されているため、来院者が見やすく、書きやすい場所に設置することを望む。
　患者・家族の意見の尊重に関しては、モニター制度の導入等の検討を望む。
　一部外来で診療担当医師の表示が不明瞭なところが見られた。この点については医療サービスの責任の所在を明確にする意味において表示の必要があると思われる。
　外来の待ち時間については、ランダムな数字が表示されており、患者が待ち時間を把握しにくいことから、患者サービスのための更なる努力が望まれる。
　患者・家族の相談では、相談室は相談専用室としてスペースが確保されることが望ましいと考える。また、その相談対応者がコンフリクト・マネジメント等の研修を受けていないことから、人材養成に取り組む必要があると思われる。
　患者が使用中の薬について自己管理を促す方法として「お薬手帳」の活用が広がっているが、お薬手帳に関する掲示が見られない。
　外来全体に、医療機関として必要な患者向けの情報は、適切な大きさで見えやすい場所に表示することが望ましいと考える。
　その他外来化学療法室において、医師のオーダ入力が守られない実態があった。医師の指示が時間内に出せるための仕組みの構築とマニュアルの遵守が、業務の安全に繋がるので改善が望まれる。
　血液浄化療法室に関して、5S の観点では、倉庫内に物が重ねて置いてあり奥の物が取り出せない、あるいは翌日のダイアライザー等の準備が雑然とされていた。装置周辺の液だれ、複雑な配線が施されて

いる状況が見られたので5Sの推進を望む。
看護業務の観点では、血液浄化中の看護記録が記載されておらず、透析患者の看護計画の見直しがされていないので、日々のアセスメントの充実に期待したい。
看護スタッフのローテーションでは、業務の特殊性から配属期間が短くならないよう工夫されているが、経験年数が長くなることで改革や教育が遅れる事もあるので、今後の検討課題とする必要があると思う。
マニュアルについては、薬剤の準備や対外循環などの細部は略する。全体としてマニュアルの記載内容についてのまとめとして、透析室は常に看護師と臨床工学技士が協働しているため、各々の役割分担がマニュアルから読み取れるよう明記しておく必要がある。さらに、透析室で発生しやすいインシデントをもとに、より詳細なマニュアルとした方が良いと思われる。抜針によるインシデントは、死亡事故に繋がる危険性を孕むので、その点に留意した事故防止対策が追記される必要がある。
その他、看護師が使用している電子カルテシステムと臨床工学技士が使用している透析管理システムにデータの連携がないことから、患者情報が共有されにくくなっている。
産科病棟では、安全対策の観点から妊産婦には産科病棟独自の安全対策について、その都度説明しているということであったが、その内容は明文化されていない。リスク状況を分析し、妊産婦の特徴に合わせた事故対策について明文化し、日常のケアに生かすことが重要と思われる。
分娩時、医師はコール体制となっているが、緊急時の対応、安全な分娩を保障するためには院内待機が望ましい
緊急対策・災害対策は検討され周知もされているが、今後は災害発生を想定した訓練の実施が望まれる。
組織･仕組みの観点からは、正常・異常の判断に対応した相談体制のフロー図を作成し、そこに医師を加えると良いと考える。
助産ケアの質の保証と質の向上については、助産ケアの質を評価する自己点検が行われていない。助産ケアの質保証のための取り組みは、新人を対象に行われているが、経験者には行われていない。経験者に対してもクリニカル・ラダー制度を取り入れ、自己点検を促すことで質を保証していくことが望まれる。
NICUにおける施設基準の中では、常時医師が治療室内に勤務していること、当直医は他病棟との兼任でないことが求められている。当院ではコール体制となっている時があるが、急変時や緊急時の対応として院内待機が望ましいと考える。
NICUは極めて感染のリスクの高い部署であるため、さらにCDCガイドラインに添って、特に感染性体液には徹底した感染防止施策をとることが必要と思う。
注射部位をカルテに記載する際に皮膚の観察はより重要であることから、チェックリストなどを活用されることが望ましいと思われる。
TPNの薬剤管理は看護師が実施しているということであるが、薬

剤師との協働を進めることが安全管理の観点からは望ましいと思う。

〔委員〕
報告書の 2 ページの患者・医療者のパートナーシップについて、市立甲府病院ではほとんど取り上げられていなかったとのことであるが、基本的にはどういう取り上げられ方が重要なのか。また、患者の意見や困ったことなどが率直に反映されるとことが重要と思うが、それ以外に、またそれ以上にこのパートナーシップを築き上げる仕組みとして、何かあるか。

〔調査チーム〕
安全管理指針の中に、市立甲府病院職員の姿勢として入れ込むことが重要かと思われるが、まず患者さんに知っていただくことへの工夫が必要と思う。
病院の中の医療安全については、職員だけではなく患者も一緒に医療安全を作っていこうという時代になっているので、患者自身も自分の安全を守るためにどんな情報を医者から聞き出すか、どんなことをしたら良いかということを患者に教育していくことも非常に大事であると思う。
一緒に医療安全を作っていくということがこれからは望ましいと考える。

〔委員〕
例えば、定期的な話し合いの場を作るとか、意見や発表ができる場やモニター制度の導入など具体的なプランはあるか。

〔調査チーム〕
患者が参加できる仕組みを作ることが大事であると思う。市立甲府病院では、「患者さんに参加をしていただいて医療の安全を守っていくというところを明示していく」という、その仕組みづくりが必要である。例えば注射の実施に対しては必ず名前を名乗ってもらうということを表示していくことなども「お任せにしない」という点においては大事なことであると思う。
転倒・転落に関して患者さん自身が、どうすれば転倒しないのかということを、KYT(危険予知トレーニング)を患者さんと一緒に行っている病院もあるので、そうした看護師と患者・家族とが一緒に行っていくことが必要であると思う。

〔委員〕
パートナーシップとは少し違うが、患者サービスとして患者・家族の意見を聞く手段として投書箱が設置されており、「定期的に回収し検討している」とあるが、こうしたものは患者の意見を取り入れるという点では良いことである。しかし、一番問題になるのは回収の頻度がどのくらいかということである。監査のときにも頻度を聞かれることがあるので、「置いてあって使っているはずである」ではなく、せ

めて１週間に１度、２度、３度と適切に行うことが大事である。
　また､回収された資料をどのように職員全体に知らせているかということも重要です｡患者が実際に思っていることを職員も把握できるので､それを参考にして改善していくことが可能となる。市立甲府病院では定期的に回収され改善もされているとのことであり､良い状況であると思う。
　実際に患者に診療へ参加してもらうとか､高齢の患者が多いので家族に説明し、家族にも参加してもらい、例えば転倒を防ぐのにはどうすれば良いのか一緒に行っていかなければ､いくら病院で取り組んでもダメなことがある。
　調査チームの指摘事項に対して､病院側として既に対応している状況や見解の説明をお願いする。

〔事務局〕
　1 番の医療事故等の報告制度については、インシデント、アクシデントの報告がほとんどなかった部署からも、平成 24 年度は報告が出てくるようになった。
　医療安全管理対策委員会委員による所属部署職員に対する意識啓蒙を行うとともに、医療安全対策職員研修を平成 25 年度は 10 回開催する予定であるが､部門リスクマネージャーとの連携を通して職員への意識啓蒙も行っていく。
　また､現在のインシデント管理システムは電子カルテとの連携がなく､報告はフロッピーディスクの持ち運びで行うなど利用しにくいことから、平成 25 年 10 月に「インシデント等管理システム」を更新することとした。職員が報告しやすい環境を整えていく。
　2 番の安全管理のための職員研修参加については、今年度、各部署における参加状況を厳しくチェックし､その都度規定に満たない職員名簿を所属長へ配布し、計画的に参加するよう促した。しかし、若干未受講者がいたことから 3 月に補習を実施した。
　来年度は、全職員が 2 回以上受講しやすくするため、研修回数を年 9 回から 10 回へ増やし、研修時間も 90 分では集中力に欠けるとの意見から、60 分に変更するなどの運営方法の見直しを行った。
　「医療安全推進週間」を設けることや、職員及び市民の意識啓発に活用するために、院外向けホームページの開設を予定している。リスクマネージャー養成研修への医師等の参加については､機会があれば予算を組み受講を検討する。
　3 番の医療安全管理者については、医療安全管理室の業務内容は多岐に渡るため、1 名では限界がある。より安全な体制を作るため、また後任の GRM を育成するためにも､人員増が必要なことから看護師 1 名の増員配置を予定している。
　4 番の患者・医療者のパートナーシップについては、以前はあまり求められていなかったが、最近かなり求められるようになってきた。患者の権利や役割の明示や患者の治療への参画、患者・医療者間での信頼の構築が重要であり、医療の安全性の確保や質向上のためにも、他施設の取組みを参考に検討する。

次に説明と同意については、インフォームドコンセントが困難な場合において、困難なケースはどのような場合があるか、また、その代理人の任命をどのようにするかも含め、明文化する。

現在使用の同意書について、説明者のサイン欄がないものを確認した。サイン欄を設けていなかったものは、指摘された産科の輸血同意書のみであったが、文章内に「○○医師から説明を受け同意した」と説明した医師名が分かるようになっているため使用している。医療事故防止マニュアルでは、同意書（承諾書）を作成する際に含めなければならない 4 項目の義務付けはあるが、今後、院内も各種同意書について作成基準を検討する。

ナースの労働環境において必要な安全保護に関して、看護師配置は、看護師配置基準に基づき実施している。その上で病床利用率や看護必要度を加味し傾斜配置を行い、必要時はリリーフ体制で対応している。今後も、安全性を考えた看護師配置に努める。

看護スタッフとその他の職種リーダーとのコミュニケーションについては、各部署に関係する医療チームを交えたカンファレンスや勉強会の講師を依頼し、連携を図っていく。しかし、看護スタッフと他職種リーダーとのコミュニケーションの機会はあまりないことから、今後は、計画的に病棟会等に誘いスタッフと意見交換作りに努める。

医療安全上の改善策の策定～実施～実施状況の把握～見直しのサイクルが上手く廻る仕組みづくりに努めることとの指摘については、医療安全上の改善策の策定・実施後は課題管理表を用いて実施の状況を把握し、見直すことで PDCA サイクルを進められるようにする。

〔委員〕

よく検討されていると思うが、気になるところとして 2 番、4 番、5 番などの語尾が「検討する」「検討していく」となっている。いつまでにどのように検討していくのかという道筋やゴールを明確にしておかないと、忙しさの中で取り組まずに済ませてしまうことが多いことから、他の項目のように具体的な取り組みを記載すること。

〔委員〕

先程、患者と医療者のパートナーシップについて、近年求められるようになったとの話しであるが、患者と医療者のパートナーシップという概念がよく分からない。また、取り組みとして対応するとの内容がよく分からない。

患者に対するサービスであるとか、インフォームドコンセントの問題など、患者にもよく理解してもらって事故を防止する対策をとらなければいけないなどの各論的なことはよく分かるが、パートナーシップという概念があって、それに向けて具体的な取り組みをするのだということだが、どういうことを目指しているのかといったことを教えてもらいたい。

もう 1 点は、インフォームドコンセントが困難な場合に、どのように説明するかとの手順が見当たらないということであり、今後は明文化するとのことであるが、具体的にはどういう手順で、どういう処

理を行うのか。例えば判断能力に問題がある方に対する治療などで、よく高齢者の施設で問題になるのは本人に完全に判断能力はないけど胃瘻にしてしまうなどの問題がいくつも起きているが、現状ではどうなっているのか。
最初のパートナーシップの具体的な事例、他病院の事例・情報でも良いが、今後の検討に関するものがあるか。

〔事務局〕
患者と医療者のパートナーシップの概念については、治療のために協力し合うパートナーとして患者を診ていくということで、分かり合える医療を行っていこうということが基本概念となっている。
具体的には、患者の権利、あるいは患者に行ってもらわなければならないことを文章化している病院が多い。十分な説明と同意、安全な医療を心掛け、患者と一緒に行っていこうというものがパートナーシップの概念となる。
資料を集めているが、それらを鑑みた上で、市立甲府病院の患者と医療者とのパートナーシップについて作成していきたい。説明と同意や安全な医療など各論的には作成されているが、パートナーシップという概念で取りまとめていないところがあるので、それらをまとめて新しく作成していこうという考え方である。
また、判断能力のない人の場合の説明と同意については、具体的には当院では患者家族に説明をして、同意を得ているというのが現状である。

〔委員〕
インフォームドコンセントが困難な場合というのは比較的多くあり、例えば救急で意識不明で運び込まれた人や子供など、いろいろな場合があるので、基本的な同意書のマニュアルは作成されていると思う。
パートナーシップについては、具体的な例を全て挙げるのは難しいが、ある程度判断能力がある方には自己管理してもらうとか、ヒアリングに参加してもらうなどの具体例はあるか。
チーム医療という考え方では、医師だけでなく他職種と一緒に考える中で、患者にも参加できれば参加してもらう。ただし、患者はあくまでもサービスを受ける側なので、理解してもらい自分でできることはしてもらうという感じになると思う。
それでは1番の医療安全管理体制については、「検討していく」という点をもう少し具体的に記載するようお願いし、2番の病棟の医療安全機器安全管理体制について、説明をお願いする。

〔事務局〕
1番のモニターの時間のズレについては、11月にMEセンターから各病棟看護師に対し、モニターの時刻合わせの方法を説明し指導を行った。毎月1日を「安全確認の日」に決めており、「安全確認の日」に時刻を合わせることとした。今後は継続的に実施を促すとともに、

各病棟で月 1 回の点検日を決め、チェックリストによる点検を行うこととしている。
　また、リスクマネージャーと臨床工学技士が病棟に出向いたときには、できるだけモニター類の時刻等は適切に表示されているかの確認を併せて行っている。
　2 番の輸液ポンプやシリンジポンプなど医療機器の日常点検は PDA システムを使用しているが、端末の台数が少なく活用されていないので改善を要するという指摘については、当院では医療機器の日常点検は PDA システムを用いていない。当院ではペーパーベースで日常点検の項目を決め行っているが、各病棟で取り扱いが異なっているところがあるので、医療安全管理室と ME センターを中心に現在マニュアル化している。
　3 番の近年、人工呼吸器に関するインシデントが多い中、装置に日常点検表が添付されていない。マニュアルにはチェック表があるが活用されていない。何を点検するかの取り決めがなく、各人に任されている。臨床工学技士による呼吸器点検のラウンドも週 1 回程度なので、さらなる関わりを望むという指摘に対しては、現在、日常点検項目と点検の実施時間を決め、マニュアル化をしている。臨床工学技士が中心になって点検表を作り、それに基づき各病棟が同じ目線で点検できるような形に移行している。臨床工学技士のラウンドについては、本来は毎日実施したいが人手が足りないこともあり、できるだけ毎日行けるような形で対応する。
　4 番は、器材庫にあったポータブルトイレを廊下の収納スペースに移し、カバーをかけてわかりにくい様に工夫して置くように改善した。

〔委員〕
　基本的に医療機器を管理する場所というのは各病棟に置いて、それを臨床工学技士が定期的に確認しているという形なのか。

〔事務局〕
　共通で使用します輸液ポンプ、シリンジポンプ、呼吸器、体動コールに関しては、共通機器であり ME センターで一括管理している。

〔委員〕
　4 番目に記載されている同じ場所に保管されているというのは、中央管理のスペースのことか。

〔事務局〕
　小児の呼吸器のことで、小児に関してはすぐに使えるようにとのことで小児病棟の器材庫に置くこととしている。

〔委員〕
　基本的には ME センターで中央管理し、そこで全て点検できるようになっており、病棟へ貸し出したり戻したりするという形をとっているが、特殊な NICU や小児、ICU に関しては、ある程度必要な器

材はその場で保管しているということか。
　医療機器は非常に大事なものである。PDA システムは、他病院では基本的に輸血とか輸液の購入確認で使っており、機器の点検には使っていないが、別の PDA システムというのがあるのか。

〔事務局〕
　当院でも PDA で点検するという形はとっていない。

〔委員〕
　PDA システムは使いやすいものであるが、台数がないと使いづらいものとなる。

〔委員〕
　3 番のチェック表はあるが活用されていないという問題について、点検項目などをマニュアル化するとあるが、マニュアルにあるチェック表が使われていないことへの対応がはっきりしていない。なぜチェック表があったにもかかわらず、活用されなかったのかということが一つの問題であろうと思う。チェック表が煩雑であるとか、実際には不用であるかもしれないが、活用されなかった理由が明確にならないと、ただマニュアル化すればよいというものではないのだと思う。
　チェック表があったが、なぜ活用されなかったのかその原因はどこにあるのか。

〔委員〕
　看護記録と PDA を使用すると書いてあるが、PDA を使うとその場でチェックできて一番簡単な方法である。実施したことは必ず記録しなければならず PDA を活用すれば点検記録が残る。
　市立甲府病院では PDA を使用していないとのことで、チェックリストをその都度チェックし、それを記録として残しておかないと意味がないが、チェックリストは使いにくくて使わなかったのか、スタッフに対する教育が完全でなかったことでチェックリストを使わなかったのか、その辺はどうか。

〔事務局〕
　指摘のとおり、呼吸器に関しては日常点検の表をつけておらず、各病棟では業務の流れの中で必要なところを中心に点検するような形となっていました。
　現在は ME センターを中心に看護部と協力しながら点検表を作成中であり、出来次第各病棟に点検方法の変更をアナウンスし、点検表も呼吸器の横につるしていつでも記載できるような形で行く準備を進めている。

〔委員〕
　マニュアルにチェック表はあるが、実際には使えないものであったということか。

〔事務局〕
　マニュアルのチェック表は、点検項目が若干ずれてきているので、マニュアル自体を変更していく予定である。

〔委員〕
　新しいチェックリストを作り、定期的なチェックをし、チェックリストに記録した内容も残しておくというシステムを作るということであれば、そのように対応状況の記載を書き直すようお願いする。

〔事務局〕
　5S については、15 項目の改善を指摘いただき、13 項目は全て改善をした。
　2 項目の救急カートの上にいろいろなものが置かれている。救急カート内の物品配置が病棟によって異なっているという指摘については、「救急カート設置基準マニュアル」が医療事故防止マニュアルの中にあり、救急カート内の物品･薬品の配置は、内容と場所を統一し、GRM の巡視によりマニュアル遵守状況の確認をするとともに、今回を機会にさらにマニュアルを含め、物品配置や救急カートの上に物品を置かないなど全部署で統一できるよう現在検討している。
　転倒転落防止対策の観点の小児科のアセスメントツールの活用が見られないとの指摘については、転倒・転落事故防止マニュアル内にあり「乳幼児の発達と起きやすい転倒・転落事故」を参考に小児用のアセスメントスコアシートを現在 3 階西病棟で作成している。今後はアセスメントスコアシートを活用し、転倒転落の改善を図って行く予定である。
　点滴台が 4 本足の物はバランスが悪いという指摘については、平成 21 年度に全病棟で 4 本足の点滴台を 5 本足へ更新するよう ME センターから周知し変更したが、未だ 4 本足の点滴台が数台残っており、再度確認し歩行者に使用する必要台数は 5 本足の安定した点滴台へ交換した。しかし、セクションによっては 2～3 本残っているので、それらについては使用しない又はどうしても使用するという患者にのみ使うという形をとりたいと考えている。
　保持ハンドルについは、新規購入の際に設置していく予定である。

〔委員〕
　良くまとまっていると思うが、物品配置等を全部署で統一できるよう検討するとの部分は、全部署で統一できるようにすると直すこと。

〔調査チーム〕
　指摘において 5S 活動を活発化することが望ましいとあるが、具体的に 5S 活動を活発化するために組織的にどんな取り組みをするのかなどをもう少し入れた方が良いと思う。

〔委員〕

定期的に 5S 活動を行っていくなど具体的な方法があるか。

〔事務局〕

看護部の委員会活動として、3 ヶ月ごとに写真を撮り改善した状況の確認を年 2 回行っている。また、医療安全管理対策委員会の全職員に対する研修の中でも 5S 活動について研修し、各部門で 1 つの 5S 活動を発表するなど推進している。

〔委員〕

具体的にそのように記載を修正すること。

病棟の 3 番薬剤の観点の中の注射について説明をお願いする。

〔事務局〕

注射の準備では、プリントアウトした注射処方箋を見ての確認作業が行われているが、指示が変更された場合は、新しい指示を見落とすことがないかと危惧されるので、電子カルテを活用した確認作業を検討する必要があるとのことについては、指示が最新のものかが分かる仕組みは重要であるが、当院では準備・実施作業において、電子カルテで注射・点滴があることの確認は、患者一人一人の画面を開かないとすることができない。一括ではできず作業手順の煩雑・所要時間延長が考えられる。現時点では、パソコンを持ち込むスペースも手狭であることから困難な状況にある。

なお、準備時と実施時には PDA を用いて、混注確認をしており、患者のところではバーコードで認証確認をしている。また、認証確認までに変更･中止などを医師がコンピュータに入力すれば PDA の確認で変更や実施できないような仕組みになっている。必ず混注前には PDA を確認し、患者のバーコードの認証を確認し、もちろん患者にも名前を名乗ってもらうなどの確認作業を行い、対応している。中止・変更などの入力については、医師に入力をしてもらうよう徹底する。

注射処方箋には、ラベルに医師の指示が入るが、流量や開始、終了などを入力していないと反映されないことから、入力徹底を主治医にお願いしている。

また、電子カルテ上で予定していたものは確認できるが、緊急で生じたものは入力されるまでラベルに出すことができないので、電子カルテのシステム変更を検討していくことが必要となる。

指示後の変更については、「指示変更及び中止の伝達基準」のマニュアルに従い、必ず看護師に口頭伝達することとなっているため、徹底を促す。臨時の指示については、入力と同時に必ず看護師に声をかける仕組みとなっている。

注射薬のダブルチェックについては、マニュアルにダブルチェックの定義があるので、現場確認や職員への指摘・指導を行うなど、再認識させるよう周知徹底を図っていくとともに、院内ラウンド時も指導を行っていく。

ミキシングに使用した注射針をリキャップせずに、プラスチックト

レイに入れておき、最後にまとめてメスキュードボックスに入れている。針刺しの危険性があるということで指摘を受けたが、現在はミキシング専用のメスキュードボックスの購入を検討しており、各セクションでミキシング専用のメスキュードボックスについて、サイズやどのタイプのメスキュードボックスを採用するかを試行的に実施し決定していく予定でいる。

ベッドサイドでの 6 Right についても、統括リスクマネージャーや部門リスクマネージャーによる現場確認において周知徹底を図っていく。

混注した抗生剤のバイアルをミキシング直後に廃棄しているため、ボトルの確認のみで実際の中身の確認はできていないという指摘については、現在の方法では、患者へ実施する際に処方箋とボトルのラベルだけの確認になっているので、ミキシングをしたときに空バイアルは残しておき、実施する際に患者のもとに持って行き、処方箋と空バイアルを確認するという作業を今後していきたいと思う。現在手順を検討している。

患者確認の方法については、フルネームで患者に名乗ってもらうことの徹底を図る。

点滴の目的・薬効に関する説明を行っていない。マニュアル遵守の徹底が必要であるという指摘については、はじめに医師からどのような効能の薬を使用するかとの説明があるので、その後、初回時は看護師から説明するよう、医師・薬剤師の協力を得ながら検討していきたいと思う。

点滴のラベルの注射時間が手書きとなっているとの指摘については、医療機器システムから発行されるラベルでは、医師が電子カルテ上に投与時間を入力すると印字がされる。平日 16：00 以降や祝祭日時に緊急扱いでオーダ発行される場合には、病棟に電子カルテシステムからラベルが発行されるが、投与時間を入力すると印字がされる。医師に対し入力の徹底を促していく。

〔委員〕

電子カルテを活用した確認作業を検討する必要があるという指摘に対して、回答で準備時と実施には PDA を用いていると書かれているが、患者のバーコードと点滴とを自動的に電子カルテを使っていることとなると思うがいかがか。

〔事務局〕

まず準備時に点滴のボトルのバーコードと患者さんの認証とを合わせ確認をする。

実施時には患者のバーコードにより確認をする。

〔委員〕

それはできているということではないのか。基本的には良いのではないかと思う。

混注した抗生剤のバイアルをミキシング直後に廃棄したとあるが、

普段ミキシングはどこで行うのか。

〔事務局〕
　看護室のミキシング台の上で行う。清潔区域である。

〔委員〕
　何を点滴しているのか確認するために空バイアルをつけるなどいろいろな方法があるが検討していただきたい。
　患者確認の方法に関しては、患者にフルネームで名乗ってもらうということだが、PDA を使えば実際はできることではないか。ただし、PDA は台数が限られているでしょうから、使えないということもあるが、病棟には何台配置されているか。

〔事務局〕
　病棟に 6 台ある。

〔委員〕
　結構多い数が配置されているので、あまり競合することもなく使えると思う。
　内服・外用薬の説明をお願いする。

〔事務局〕
　常備薬は半年から 1 年ごとに使用頻度や内容について看護師とともに見直しを行っている。頻度が低い常備薬に関しては半年を目安に交換を行っている
　5 階西病棟における指摘について、内服の廃棄薬ボックスがあるため、数週間不要薬剤が病棟に放置されていたということであるが、中止薬は放置せずに速やかに返品又は廃棄処理を行い、病棟には不要な薬剤を置かないようにするとの方針に基づき、5 西病棟では、不要薬剤を何日も病棟内に放置させないため、毎週木曜日に病棟薬剤師が回収し整理することとした。
　口頭指示書がクリアファイルにまとめて保管されている病棟があったとの指摘については、「口頭指示マニュアル」では、ファイルにまとめて保管することとなっておらず、患者のカルテごとに必ず保管することとなっているので、マニュアルの徹底を図っていく。
　中止薬の分別については、毎週木曜日に病棟薬剤師が回収し整理することとした。
　マニュアルでは、内服薬の配薬時に薬袋の氏名を見せて確認することになっているが、実施されていない病棟があったということについては、部門リスクマネージャーによる現場確認や、職員への指摘・指導を行うことで周知徹底を図っていき、必ず確認することとした。
　また、マニュアルでは、麻薬与薬時は 1 患者 1 施行ごとに 1 トレイで患者に持って行くこととなっているが、トレイの未使用、簡易バッグの使用などが行われており、マニュアルが徹底されていないとした指摘については、マニュアル遵守のために GRM による院内巡視を

行い、「その時間に配薬する麻薬を薬袋ごとにトレイで患者のもとへ持参する」ことを確認し、遵守できていない病棟には指摘、指導を行った。その後 1 ヶ月に 2 回、確認のための巡視を行い指摘事項は改善されている。今後も維持できるよう巡視等で指導を行っていく。

麻薬の内服が確実に行われたかの確認方法の検討については、マニュアル上、麻薬の内服確認は、「配薬したその場で麻薬は服用してもらい、飲めたかどうかをその場で確認する。」ということになっている。また、残数確認表の記入により管理し、内服確認後はカルテに必ず記録を残すことになっているので、周知徹底を行う。

「医薬品安全使用のための業務手順書」では、マスキュラックスは救急カートで施錠保管することになっているが、実際には他の薬剤と一緒に施錠管理されており、マニュアルと実際の管理に乖離があるという指摘については、「医薬品安全使用のための業務手順書」で、「マスキュラックスは救急カートへの配置薬とする。」ことにマニュアルを変更し、マスキュラックスは毒薬であることから、全病棟で鍵付きの引き出しに保管している。

また、その他の薬品と一緒に保管してある部署があるかを確認・指導し、徹底している。

「与薬過誤時の対応フロー」では、事故が起きた時、それぞれのスタッフが何をすることが患者の救命に繋がるかを考えて、それぞれの役割を明確にする必要があるということで、医療事故防止マニュアルには「与薬過誤時の対応フロー」が作ってあるが、具体的に、誰が誰に報告するなどの細かい説明がないので、どのような状態、どのタイミングで医師へコールするかの判断基準や、平日と時間外でどの医師にコールするのかなど、具体的に数値や役割を示すようマニュアルを改訂する予定である。

病棟のその他の観点について、身体拘束同意書に拘束を必要とするアセスメント、拘束方法、期間等の記載がないので、同意書の役割を果たしていると考えにくいとのことであるが、身体抑制に関する説明・同意書には、抑制を必要とするアセスメント、抑制の方法、行動制限の時間帯及び解除の予定をチェック、記入するようになっているので、記入漏れがないよう適正な運用を周知徹底していく。

輸血の受け取りを 1 人 1 患者とすること、同意書の確認をすることをマニュアルに加筆することの指摘については、現在、同時の受取りは行っていないが、輸血マニュアルに記載がなかったので、輸血前の準備の項目に加筆することとした。

また、複数患者の輸血用血液の準備を同時に行わないことについては、払出しの項目に追加することとした。

〔委員〕

輸血は PDA で確認するのか。

〔事務局〕

PDA で確認する。

〔委員〕
口頭指示書について、基本的には口頭指示は好ましくないので、口頭指示マニュアルにどのくらいのことが記載されているか確認できていないが、口頭指示を受けた場合にどのように記録を残しているか。

〔事務局〕
「口頭指示マニュアル」があり、口頭指示があった場合には必ず口頭指示用紙に記録し、電話で口頭指示が行われた場合には復唱することとなっている。看護記録にはどの先生からどのような内容で指示が出たという記載をするが、細かく理由や薬剤の規格、どのくらい使ったか、投与方法、投与速度などを記載しサインをしてから実施して、翌日、医師に実施の確認をもらい、電子カルテへスキャナで取り込む。紙ベースは患者のフォルダに保管する。電子カルテにデータとして保管されているので、患者の退院時には廃棄する運用となっている。

〔委員〕
マスキュラックスの管理に関しては、救急カートに乗せる必要はないので、回答のとおりに直せば良いかと思う。
外来フロアーの連携からその他までの説明をお願いする。

〔事務局〕
外来フロアーの連携については、今後、当院の登録医を中心に紹介医療機関の紹介方法や体制の検討を行う中で一層の医療連携を図って行きたいと考えている。
患者の権利と安全確保の基本理念及び患者の権利に関する宣言等の掲示物については、現在、正面玄関あるいは北玄関、外来窓口等に掲示してあるが、指摘のとおり掲示物のサイズが小さい、あるいは文字サイズが小さく読みづらいという状況がある。このことから掲示物を「ポスターサイズで大きくする。」あるいは「掲示物の文字のサイズを大きくする。」「掲示物と同じ内容のチラシを作成し、患者が手に取って確認できるようにする。」などの改善の検討を進める。
組織的な検討課題として安全確保に関する「患者の義務」についても明文化するようにとの指摘については、現在、「情報を提供する責務」「医療に協力する責務」を明記してあるが、安全・安心で良好な医療を提供するためには、患者と良好な信頼関係を築くことが重要であり、患者の基本的な権利を尊重するとともに、患者に守ってもらうべき事項の明確化も必要であるということで、今後、「患者の義務」についての再検討を行っていく。
セカンド・オピニオンについては、当院受診患者に対するセカンドオピニオンの申し出方法や、他院で受診している市民への当院でのセカンドオピニオンの相談の受入方法等を再度確認するとともに、広く周知するための方法等を検討する。
同意書をとることを医師が看護師に委譲することがあるとの指摘については、内容の説明責任は医師にあることから、マニュアルの遵守の徹底をお願いする。今後は、時代の流れから同意書の作成など、

他職種への委譲可能な部分があればガイドライン等で確認して、当院で許可する等の検討を行い、仕組みを作っていきたい。
患者サービスに関する投書箱の設置の件については、患者からの意見等に対する改善に向けた対応手順等を文書化し、掲示していきたいと考えている。病棟の投書箱の設置位置は、昨年度の見直しで現在の場所に変更したが、記載場所も含めて、再度検討する。また、投書箱の大きさや存在を知らせる掲示などについても、より分かりやすくなるよう検討する。
次にモニター制度の導入であるが、他院の状況なども調査する中でしばらく時間をいただいて検討していきたいと考えている。
また、一部外来で診療担当医師の表示が不明瞭なところが見受けられたとのことについては、外来を担当する非常勤医師が曜日で異なることから「大学医師」との表示をしていたが、それぞれの氏名を表記するよう改善した。
待ち時間について、現在は各患者の受付番号が予約時間順に表示されている。予約外の患者についても、受付順に表示を行っている。受付番号は、当該診察日の予約を行った順に付されることから、現行システムでは受付番号と診察順番を合わせることは不可能である。待ち時間に関しては、患者サービスの向上を図るために、番号の表示方法などを引き続き検討していく。
患者・家族の相談では、相談室は相談専用室としてスペースが確保されることが望ましいとの指摘については、病院施設内のスペースにも限りがあることから、有効かつ効率的に活用する方途を他の施設も含めて検討している。相談スペースについても、相談しやすい隔離された空間を確保できるよう努めていく。また、コンフリクト・マネジメント研修の受講済者の活用を検討するとともに、相談室職員の研修受講も今後検討していく。
患者が使用中の薬について自己管理を促す方法として「お薬手帳」の活用することという指摘については、お薬手帳の活用を啓発するパンフレットを外来掲示板に表示した。
外来全体に、医療機関として必要な患者向けの情報は、適切な大きさで見えやすい場所に表示するとの指摘については、患者の権利と安全確保で申し上げたとおりである。できるものから改善していく。
その他については、時間内オーダを原則としているが、緊急のオーダ等で時間外となる場合については、医師からの連絡によって対応している状況である。

〔委員〕
委員が指摘したとおり、「検討する」「再検討する」など文言が非常に多く、具体的な内容は分からない。もう少し具体的に記載すること。
患者の権利と安全の確保の中で組織的な検討課題として安全確保に関する「患者の義務」について、対応策としては、今後、「患者の義務」についての再検討を行うと記載してあるが、患者の義務を明示しないと、暴力的な患者などいろいろな人がいるので要求がかなり強くなってしまう。これは早目に作らないといけないと思う。

投書箱の件について、他院でも指摘されたことがあるが、どのくらいの頻度で投書箱を開けて、誰が確認をしているのかが重要であるが、市立甲府病院ではどのようになになっているか。

〔事務局〕
週に2回投書箱を開けて回収している。

〔委員〕
患者等からの意見は職員にどのようにフィードバックしているか。

〔事務局〕
回収した「院長への手紙」については、関係セクションに回覧で回付し、最後に院長に届き、改善を図るようにしている。

〔委員〕
投書箱の場所は 1 箇所では良くないといわれており、投書しやすい場所をいくつも作っておかなければならないと思う。現在、何箇所に設置してあるのか。

〔事務局〕
外来のフロアーに 1 箇所と、病棟のデイルームに 4 箇所の計 5 箇所に設置してある。

〔委員〕
患者・家族の相談では、相談室は相談専用室としてのスペース確保が望ましいとあるが、ソーシャルワーカーの近くに確保するとか具体的な考えはあるか。

〔事務局〕
現在、ソーシャルワーカーがいる医療相談室では、確立された相談室があり対応している。また、患者からの意見や要望を聞く患者相談室という部屋があるが、これは完全に隔離はされていなかったが、レイアウトを変更し以前よりは隔離されたスペースとなっている。

〔委員〕
患者相談室の職員には、コンフリクト・マネジメント研修を受講した人はいるか。

〔事務局〕
メディエーターの資格を持った職員がいる。

〔委員〕
血液浄化療法室の対応について説明をお願いする。

〔事務局〕

5S の観点について、倉庫内に物が重ねて置いてあり奥の物が取り出せない。装置周辺の液だれ、複雑な配線が施されている状況が見られたので 5S の推進を望むとの指摘については、倉庫内や血液浄化療法室内も整理整頓 5S に取り組みたいと思う。また、取り出しやすい配置や透析室内は透析後の透析装置周辺の整理と清掃を行っている。

看護業務の観点で、血液浄化中の看護記録が記載されておらず、透析患者の看護計画の見直しがされていない。日々のアセスメントの充実に期待したいとのことについては、現在カンファレンスは毎日行っているが、電子カルテや看護記録へ記載することが少ない状況であるので、今後は週 2 回カンファレンス時に、リーダーが中心となってプライマリー患者の看護計画の評価を行い、カンファレンス内で意見交換した内容も含めて看護記録に残すこととし、カンファレンスの時間を有効に活用していきたいと考えている。

看護スタッフのローテーションでは、業務の特殊性から配属期間が短くならないよう工夫されているが、経験年数が長くなることで改革や教育が遅れる事もあるので、今後の検討課題とすることについては、透析室は専門性が求められるため、配属期間が長くなる傾向にあるが、配属年数を考慮し、ローテーションを実施している。また、教育等についても、院内・外の研修に参加し、院内の動きや新情報を得る機会を作り、今後も業務改善等にも取り組んでいく。

マニュアルに関する薬剤の準備については、記載されている確認の方法が院内統一のダブルチェック法を指しているならば、それことをマニュアルにも明記し、より具体的な記載をしておくとよいとのことから、確認方法を統一・明確化するため、「ダブルチェックの定義」を冒頭に追加改訂した。

体外循環の患者間違い、体重測定間違いが生じやすい場面で、例えば車椅子使用患者、認知症患者の場合などの対策を明記するようにとのことには、マニュアルに、「体重測定時、体重計で測定可能な場合は、患者本人に氏名を名乗っていただき看護師が体重測定をする。臨床工学技士が患者氏名と測定値を透析システムに入力された事を確認する。また、患者本人が名乗れない場合や認知症の場合は、氏名をスタッフ同士でダブルチェックし体重測定する。体重計で測定できない場合は、スケールベッドを用い患者氏名と体重をダブルチェックして、患者個々のトレイを回収セットに測定値を記載する。臨床工学技士が測定値を透析システムに入力し、体重測定したスタッフが透析装置の指示画面で確認する。」との具体的な対応方法を明記した。

回路の接続部分の確認については、透析中の抜針や回路接続はずれによる血液漏れが最も危険であることから、回路接続部の観察法や箇所、回路の固定方法などをより詳細にマニュアルに明記するようにとのことには、接続部分の確認を「透析開始時、穿刺・接続・操作・確認・記録を 2 人でダブルチェックする。」と明記した。

また、抜針予防対策として「患者の皮膚に合ったテープを選択すること。体動が激しい患者には、十字固定やループ固定等患者に合った固定を行う。」と明記した。

ダブルルーメンカテーテルの管理において、通過不良、血栓の有無、

抜け、押し込みがないかのチェックも必要ではないかということには、「脱血不良、血栓の有無、カテーテルの抜け、押し込みの有無の確認」と追加した。
感染防止のところで、急な発熱時の患者からの連絡とその後の伝達ルートと対策を明記するようにとのことに関しては、「急な発熱・下痢等があった時には、来院前に血液浄化療法室に電話を連絡してもらい、必要に応じて内科の受診をしてもらい来室する。」と明記した。
隔離室が設置されているので対象となる疾患を整理して明記しておくことに関しては、「個室を隔離室として使用する疾患としてインフルエンザ、ノロウイルス、MRSA 等感染対策が必要な疾患」と明記した。
グローブの明記がないということに関しては、「グローブ」を追加した。
ベッド及びベッド周辺の清拭も明記するようにとのことについては、透析修了後の清拭箇所を、透析装置外装と「ベッド周辺」に改訂した。
装置故障時の対応ルートを明記することについては、透析装置に関し「装置故障時は、臨床工学技士が予備部品で修理する。臨床工学技師で対応出来ない場合は、メーカーに連絡し修理を依頼する。」と明記した。
回路組立、プライミングはどのタイミングで施行しているかの記載が望まれるとの指摘については、「回路の組み立ては、キャップ等を確認し、前患者使用後に行う。プライミングは、透析開始前に行う。」と明記した。
輸血以外の薬剤で例えば昇圧剤の持続投与、輸液等の投与に関する注意事項も記載をとのことには、「昇圧剤等の輸液投与時は、薬剤名と希釈方法をダブルチェックする。シリンジポンプ・輸液ポンプの電源をダブルチェックする。シリンジがシリンジポンプに確実にセットされているか、また、輸液セットが輸液ポンプに確実にセットされているか確認する。回路と延長チューブの接続部が確実に接続されていることを確認する。注入量、注入速度をダブルチェックする。鉗子または、クレンメが外れていることを確認し、投与を開始する。定期的に流量、残量、患者様の状態を確認する。」と明記した。
マニュアルの記載内容のまとめの中で、透析室は常に看護師と臨床工学技士が協働するために、役割分担がマニュアルから読み取れるよう明記しておく必要がある。さらに、透析室で発生しやすいインシデントをもとに、より詳細なマニュアルにされたい。抜針によるインシデントは、死亡事故に繋がる危険性を孕むので、その点に留意した事故防止対策が追記される必要があるとの指摘については、血液浄化療法室の役割分担を「看護師は使用薬剤の準備、患者観察を中心に行い、臨床工学技士は、使用機械の準備、使用機械監視を中心に行う。基本的には、各フロアーの担当看護師、臨床工学技士がペアになって処置やケアを行う。」と明記した。抜針予防に関しては「体外循環」に追加した
その他では、看護師が主に使用している電子カルテシステムと臨床

工学技士が主に使用している透析管理システムにデータの連携がないということで、患者情報が共有されにくくなっていないかとのと指摘については、透析管理システムが電子カルテとが連動している部分が今のところ少ないため、データ等を把握するのに二度手間となり共有しにくい状況にあるが、スタッフ全員が両方から情報を確認し、インシデントが発生しないよう注意して行っている。

透析システムの次回更新時には連動できるよう検討していきたいと考える。

〔委員〕

電子カルテシステムは新しくなっても透析管理システムは変わらないので、どうしても連携できない。患者のデータを見たいとなると別々のシステムを開いて見ないとならないと非常に面倒なこととなるので、次の更新で早目に連携した方が良いと思う。忙しいときに両方見なければいけないとなると間違いが発生するもととなるので、是非とも行っていただきたい。

次の産科では災害発生のことが出ていますが、他の病棟とか他の場所では災害対策のことが入っていない。東北の大震災のときも血液浄化などが問題になったと思うが、血液浄化療法室では地震などの大きな災害が発生したときにどのように対応するのか、その対策を教えて欲しい。学会でも指摘していると思う。

〔事務局〕

災害が発生したときは水の確保が一番大事となることから、当院では水を確保できるようにしている。また、当院は災害拠点病院であり、他の施設からの患者収容も必要となることから、マックスの患者の 3 日分の材料・薬品等を備蓄している。

災害に対する詳細はマニュアルを作成し対応している。

〔委員〕

非常に細かくマニュアルの方も対応できていると思う。具体的かつ指摘内容に沿った対応がされている。

〔委員〕

産科病棟から NICU までの説明をお願する。

〔事務局〕

産科病棟の安全対策の視点として、産科病棟には産科独自の安全対策が明文化されていないという指摘については、産科病棟独自の安全対策を病棟内で検討し作成している。産科急変時の対応フローチャートは 2 月に作成し、看護師室と分娩ホールに掲示してある。出血時の対応マニュアルについても、スタッフ全員が携帯して活用している。また、異常児が出生した場合の小児科医師への報告内容についても分娩ホールに掲示し活用している。

母児同室時の安全対策については、同室説明用紙に児の異常時の対

応、児の連れ去り防止について明文化している。さらに母親にも説明をしている。

分娩時、医師のコール体制については、今後医師を含め病院内全体で検討していかなければならない課題であると考える。

救急対応･災害対策の訓練については、今年度は災害を想定した訓練を産科と NICU 合同で年 2 回、5 月と 2 月に実施している。今後は病棟内で年 2 回、計画的に実施していきたいと思う。

組織･仕組みの観点では、正常・異常の判断に対応した相談体制のフロー図について、医師を加えた相談体制のフロー図を 2 月に作成した。看護室と分娩ホールに掲示し活用している。

助産ケアの質の向上については、助産師の助産ラダーを平成 25 年度中に作成し、平成 26 年度より導入する予定になっている。導入までは、今までどおり病棟内の勉強会や山梨大学で開催される助産師外来研修、院内助産研修等で学習を進めていく。助産ケアの質の評価については、患者様アンケートや患者の分娩のふりかえり等を参考にして業務改善に努めている。

NICU における施設基準については、現在当院では、新生児特定集中治療室管理料 2 を取得しており、「専任の医師が常時、当該保険医療機関内に勤務していて、なお当該医師のみで対応できない緊急時には別の医師が速やかに診療に参加できる体制を整えている。」という施設基準はクリアしている。

また、夜間も NICU 専任として当直体制をとり、急変時や緊急時の対応として院内待機を行っているが、NICU の安全管理については、児の将来への影響も含め託されていることから、常に注意深く対応していきたいと考えている。

NICU の徹底した感染防止対策では、NICU は極めて感染リスクの高い部署であることから、CDC ガイドラインに沿って標準予防策をはじめ感染経路別予防策を徹底実施している。また、常に感染防止対策を再認識するためにも、感染管理認定看護師を活用し、定期的なチェック・指導を実施していく。

次の注射部位をカルテに記載する際に皮膚の観察のチェックリストを活用するとのことについては、1 時間毎に点滴チェックしているが、点滴チェックリストの見直しを行い、皮膚の観察項目を具体的に加えて活用している。

TPN の薬剤管理は薬剤師と協働してとの指摘では、TPN は、薬剤部でミキシングされ SPD により病棟に搬送されている。また、小児・NICU カンファレンスには薬剤師も参加し協働している。

〔委員〕

産科病棟の安全対策の観点では、今後医師を含め病院として検討するとのことであるが、他の項目は具体的に記載されているものの、この項目だけ分かりづらいので具体的な目標を掲げていただきたい。

産科病棟では NICU と合同で年 2 回災害を想定した訓練を行っていくと、病院全体としても当然行っていると思うが、それ以外に産科と NICU は訓練を行っているということか。

〔事務局〕
　病院の訓練にも参加をしているが、それ以外に実施している。これまでも年に1回は必ず行っていたが、今後は年2回実施していく。

〔委員〕
　病院全体の訓練は何回実施しているのか。

〔事務局〕
　昼間想定と夜間想定を1回ずつ計2回実施している。夜間想定は昼間の時間帯に夜間を想定して実施している。

〔委員〕
　今後、防災など災害想定はかなり要求されてくるので、是非一生懸命取り組んでいただきたい。

〔委員〕
　全体としましては、概ね良くできていると思う、「検討する」「検討していきたい」という記載が多いので、具体的に修正していただきたい。
　病棟等業務については、これで検証を終了する

（病棟等業務　検証終了）

イ　その他

〔委員〕
　ダブルチェックの定義を冒頭に追加したとなっているが、ダブルチェックの定義が明確であれば良いが、ダブルチェックの方法も加える必要があると思う。
　マニュアルの中に「参照する」「準用する」などあるが、準用するとの説明だけであると実際に使うときにあちこち見ないとならないこととなる。大事なことは定義を前文に載せるようにしないと使い勝手が悪く、マニュアルに忠実に従っていこうという人にとってはすぐに対応できないこととなる。
　「準用」や「参照」というものはできるだけ少なくして、準用で終わらせないでむしろその内容を明記するようにしないとマニュアルを実行する人が難しいのではないかと思うので、留意していただきたい。

【結果：病棟等業務は、「検討する」とした対応状況ついて、より具体的内容となるように修正し、調査チームから指摘・要望された72項目の改善を進める。また、マニュアルには「参照」「準用」などの表記をなるべく使わないこととし、検証を終了する。】

⑵　次回開催について

〔事務局〕
　事前に各委員に確認させていただいたが、7 月 9 日火曜日の午後 5 時から、この会場でお願いしたい。
　予定議題は、最後となる感染対策と検査業務の 2 点について行っていきたいと思う。

3　閉会・院長あいさつ

　看護関係業務に対する指摘･意見については、病院として受け止め対応し、医療安全の推進に努めていく。

医療安全体制等検証委員会　第４回委員会　決定・指摘等事項

〔決定事項〕

1　病棟等業務は、「検討する」とした対応状況ついて、より具体的内容となるように修正し、調査チームから指摘・要望された 72 項目の改善を進めることとし、検証を終了する。

2　マニュアルには「参照」「準用」などの表記をなるべく使わないこととする。

3　次回開催は、平成 25 年 7 月 9 日（火）午後 5 時 00 分から開催することとし、議題は「感染対策」と「検査業務」を予定する。

〔指摘・要望事項〕

1　病棟等業務

○　調査チームによる 72 項目の指摘・要望事項は、別紙「指摘等事項に対する対応状況一覧＜病棟等業務＞」を参照。

医療安全体制等検証委員会　第5回委員会　会議録

日　時：平成25年7月9日(火曜日)
17時00分～
会　場：第1会議室

出席者
　委　員　　　　　3名
　調査チーム　　　3名
　職　員　　　　28名
　事務局　　　　　3名

〔第5回委員会〕

1　開会及び資料確認

2　議事（議長＝委員長）
(1)　医療安全体制の検証
ア　感染対策について

〔調査チーム〕
　一言で言うと非常によく体制が作られており、参考になるところが多々あった。非常にハイレベルな施設であると、調査に入ったスタッフ一堂共通の感想である。
　これから細かなところに入るが、メジャーな問題というところは無く、コメントもマイナーなところに限られている観がある。
　報告した項目は、国立大学病院感染対策協議会が出している統一したチェック項目に準じて行った。
　まず、感染対策マニュアルの報告として感染対策の組織に関してであるが、入院基本料算定要件に規定されている構成員で構成されているかということが重要になるが、感染対策委員会、感染管理室、感染対策チームが組織されており、特段問題点はない。あえて言うと、感染対策委員会や感染対策チームの設置要綱に職種の記載があるが、該当する者が誰か、今年度は誰かという一覧表の作成や任期の規定が望まれる。
　マニュアルにはあるが、委員会の名簿やチーム員の名簿が一緒になっていると、マニュアルを利用する者にメリットが無いことから改善点となっている。
　組織の中に感染管理室があるが、感染管理室が実際にどういう組織なのか設置要綱が見当たらない。マニュアル上に、権限やメンバー、組織などが分からないという点があった。感染管理室という組織が活用しやすくなるように、組織がどういうものかということを明文化されるようお願いする。

感染対策の委員会に関しては、毎月 1 回定期的な会議が開催されているが、欠席者が出た場合にその代理出席が求められていない。代理者が出る必要があると思われる。時系列で継続的に欠席者や代理出席を簡単に把握できる出席表が作成されると良いと思う。代理出席が多い委員は、交替をした方が良いとの判断材料にもなると思う。

議事録に関して、内容は非常に適正に記載されており、記録として充分であったが、作成は業務の合間を縫って臨床検査技師が担当している現状であった。専門的な文言や表現のことなど医学的なスキルが求められる業務内容であるからとの説明であったが、将来的に業務が拡大していくとボランティア的に行っていくのは無理であることから、専任で関わる事務系スタッフを確保していく必要があると考える。

続いて ICT 活動であるが、感染対策マニュアルは適宜改訂され、内容としても充実したものとなっており、すばらしいと感じた。さらに加えるならば、年々改訂されていくが、どこが改訂されたのか、改訂の経緯と内容を簡単に把握できる履歴の作成と保存が望まれる。また、マニュアルが改訂された時は、できるだけ速やかに院内へ周知する必要があるが、情報交換の場を設けるなど広報の周知手段も検討していく必要があると考える。

教育活動に関しては、年間 2 回以上の講習会が開催されており、出張講習会の実施は特にすばらしいと感じ、感染管理室の努力姿勢が見受けられる。しかし、職員一人当たりの出席率や職種別の出席率などが算出が不十分であり、出席率をどのように改善するかの検討データとして十分活用されていないことが残念であった。実際に参加回数が 0 回という職員も出てきてしまうと思うが、そうした職員を把握して、参加させるようさらに工夫があれば良いと思う。

情報の発信については、ICT ニュースや院内通知で必要な情報は随時発信されていることを確認した。ニュースなので発信はするが、実際に現場にどのように浸透されているのか確認できるアイテム、例えば名簿に名前を記載するという簡単な仕組みもあるので、是非検討いただければと思う。ポスターコンテストなど、感染対策に関心を持たせる良いアイデアが取り入れられている。

次にサーベランスとコンサルテーションであるが、サーベイランスに参加しており、これは検査部門の参加が望ましいとする努力項目であるが、参加することは非常に良いことである。また、MRSA の検出データを半期ごとにアップして、各病棟、各診療科にフィードバックされており、問題はない。その他の検査データについても集めているようなので、蓄積されたデータを活用していけば、市立甲府病院の状況を反映した検出や改正の状況を見ることができるので、そういったローカルな状況を反映した現場介入の目安といったものを作っていくことができると考える。ターゲットサーベイランスは、カテーテル関連血流感染サーベイランスが 2 病棟で継続的に実施されているということで、非常にすばらしい状況であった。なかなかできないことである。

アウトブレイクが発生した場合の介入では、早期に介入されており最小範囲で制圧されているという印象を受けた。こうした介入を行った事例は、発生経過、データ、具体策、結果がどうなったかまでの一連の経過が記録に残されており、後日外部から調査が入った場合に、どういう事例でどういう経過であったかを非常に簡単に把握することが出来ると感じた。

続いて、広域抗菌薬・抗 MRSA 薬に関して、届出制や許可制がとられており、感染管理室に所属する薬剤師・医師により全例に監視されている状況が確認できた。許可制を取っている薬剤に関しては不許可の事例が出てくると思うが、申請書に不許可の理由の欄を設けると内容がさらに充実すると考える。また、適正使用に関して各診療科で横断的に話題とすることは非常に難しいことであるが、今後、横断的な指導や介入をどのように行っていくかが課題と考える。

次に、現場からのコンサルテーションを受けた場合、感染管理室に簡単・迅速に相談できる体制が確保されており、内容によって誰に振り分けるか、誰に相談したらよいか専門分野の室員への振り分けがされており、これも良いと思う。コンサルテーション内容の記録が残されているので、現場でどのような場合に困っているのかなど、その内容を集計・分析して、今後の感染防止対策の見直しに活用すれば、さらに良いと感じた。

職業感染防止は非常に重要なことであるが、HBs 抗体に関して新採用者と中途採用者に対する検査体制が構築されており、漏れがないことが確認できた。また、抗体価も非常時に感染管理室においてデータを活用することが可能となっており、何か事故があった場合に、曝露後対策が実施できる体制がとられている。現在、対策がとられている結核、麻しんに加え、風疹、水痘、流行性耳下腺炎に関しても、今後、同様の体制が構築されることが望まれる。また、個人情報に関することであるが、個人情報の観点からは職員の承諾を得るような方策を検討していただければと考える。

ICT ラウンドについては、毎週 1 回の実施が求められているが、最低でも週 1 回実施されていることが確認された。ラウンド結果を受けて、現場からは指摘事項に対する改善報告が 2 週間以内に上がってくる仕組みが構築されており、大変すばらしいと感じた。上がってきた改善報告書に関して実施されているかどうかについての再確認がされており、再確認された場合は報告書に捺印して保管されるというすばらしい流れとなっている。あえてコメントすると確認を行った日付が無いので、いつ確認したか日付を残すようにしたほうが良いと思う。また、年間を通じてどのセクションで実施したかを把握するために一覧表として管理したほうが良いと思う。

次に、実際に実地ラウンドを実施した結果について報告する。

まず外来関係であるが、外来入口に手指消毒剤を複数並べてあり、外来に来た人も、出て行く人も視野入る場所に設置されているので、非常にわかりやすく、大変よろしいかと思う。咳エチケットに関する掲示もあり、外来患者自身への啓蒙策も取られている。非常に難しいことなのであるが、あとは実効性をどのように高めていくかと

いうことであり、今後さらに工夫していく必要があると思う。また、咳エチケットに関して、マスクは売店で購入できるとのことであるが、患者の動線を考えると、売店に行かずとも購入できるような、例えば入り口付近のエレベータホールや病棟の談話室などの必要時に購入しやすい、自販機の導入なども検討していただければ良いかと思う。

次に、外来処置室であるが、理想としては感染性の患者を隔離して診察するスペースや採疾ブースの設置が望まれる。出来る限り必要時に隔離対応がスムーズに出来る設備面での整備の検討が必要かと思う。

また、診療科の診療ブースに手指消毒剤が設置されていない箇所があったので、診察室周囲の環境整備をさらに行っていく必要があるかと考える。

シンク周りに手を洗うスペースがあるが、その横にちり取りが置かれており、手を清潔にするところに不潔なものを置かないという区分けの考えを取り入れていく必要があると考える。

また、固形石鹸や乾きにくいスポンジなども見受けられ、最近は固形石鹸を使わないことになっている。どういう目的で使用するのか、スポンジは乾きにくく細菌汚染の温床になるので、どのように廃棄していくか交換していくかなどの統一した基準が必要と考える。

次に採血をする中央処置室では、手袋を着用して、主に採血業務であるが、非常に手袋着用率が高い状況であった。手袋の交換のタイミングやその際の手指衛生行動の徹底に関しては、引き続き指導を続けていただきたいと思う。

次に検体搬送用のリニア搬送機のラック緩衝材の白いスポンジ部分に尿検体の付着があり、検体容器外面を汚染する可能性があるので、運用に関して改善が必要と考える。

作業台の上に採血前の試験管があったが、少し下の離れたところに採血後の汚染された可能性のある物品や尿検体のラックが置かれている状況があり、清潔物品と感染の疑いのある不潔物品との区分に工夫が必要であると考える。

次に、外来通院治療センターについて、室内は清潔が保たれていたが、棚の上に青いラックに入った紙ベースの書類が置かれている状況があり、埃などが溜まりやすく日常的な清掃が困難な状況が認められた。棚の上には極力物を置かないようにし、清浄度をもう少し高く保つ工夫が必要かと考える。

通院治療室入り口付近は、簡易的な棚が設置されており、いろいろなものが置かれていた。清潔なリネンの隣に一般ゴミや感染性廃棄物が置かれており、清潔なものと不潔なものが混在している。清潔と不潔の区域分けをし、清潔なリネン類は塵がつかないよう扉付きの棚などを設置し収納するなど、区域分けの検討が必要と感じた。

病棟では、各病室に手洗い場が設置されており、蛇口の周りは乾燥した状態で管理され、非常に良いと思う。ペーパータオルが見当たらない場所があり、自動水洗ではない場合にはペーパーを使って水を止めることが理想とされているので、ペーパータオルの設置に

ついて配慮していただけると良いと感じた。また、手指消毒剤が各病棟に設置されており、入退室時に患者も利用しやすい利便性に配慮した設置がされていた。

スタッフステーション内の点滴台周辺は、非常に整理整頓されており、使いやすい状況となっていた。構造上の問題で仕方のないことであるが、点滴台の上に空調があり、清浄エリアに埃などが降ってくる心配があるので、埃などが落ちてこないように、定期的な空調清掃が重要と考える。

調剤時に使用するマスク、手袋、点滴台を清拭するための消毒用エタノール等の物品配置は、看護師など実際に作業する者の目線にあわせた効率的な配置を検討し、改善していく必要があると感じた。

清潔と不潔の区域分けの話になるが、ゴミを捨てるスペースが点滴台の下にあり、血液などが付着したものが、点滴などの清潔なものを扱う台の周辺に無いよう動線に合わせた配置場所などの改善が必要と考える。

各病棟には担当薬剤師が配置されており、適正な薬品管理に関して非常に良い体制が整っている。薬品の保存用の冷蔵庫は内服、注射、外用薬の区域分けを誰にでも判るように明確にすると良いと考える。また、設備面の安全管理に関わってくるが、冷蔵庫の温度管理が必要と感じた。冷蔵庫に設置するデジタル温度計で温度の記録はされているが、実際にデジタル温度計が正しい温度を示しているかの補正がされていない。庫内の温度の管理については、デジタル温度計の他に検定済の温度計を用いての定期的な検証が必要と考える。

次に、患者などがお礼の気持ちなどで置いていくものとも思うが、鉢植えや生け花など、湿った土の上の植物がスタッフステーションの台上にある箇所が見受けられた。緑膿菌やアスペルギルスなどの発生源となるので、置かないようにし、見舞者や患者、スタッフに対して、引き続き協力を依頼していく必要があると思う。

〔委員〕

感染対策の組織、ICT 活動、外来と病棟の指摘等に関して、市立甲府病院側からの検討状況の説明をお願いする。

〔事務局〕

感染対策の組織の感染対策委員会・感染対策チームの設置要綱に一覧表の作成や、任期の規定が望まれるとのことについてであるが、院内感染防止対策委員会・感染対策チームの構成員は、院内感染防止対策委員会・感染対策チームの要綱に記載されており、一覧表についても作成した。しかし、構成員の任期について記載されていないため、院内感染防止対策委員会・感染対策チームの要綱を改訂し任期を記載する。

次に、感染管理室に関する設置要綱が策定されていないということについては、感染管理室は、甲府市事務分掌規則により規定されている組織であり、院内感染防止対策委員会の方針に従い、感染対

策の中核組織の一つとして活動している。感染管理室の感染対策に関する具体的な活動や権限は、今年度中に感染防止対策マニュアルに明示する予定である。

欠席者への代理出席については、当院の規模では、なかなか代理出席を出すのは困難な状態であるが、セクションへ確実に委員会の内容を周知していくために、１名は出席できるよう指導していく。また、出席状況については一覧表を作成しているが、正式に記録として残すようにする。

議事録は、事務担当者が作業を分担することで作成することとした。

ICT 活動に係る感染対策マニュアルの改訂履歴の作成と広報については、改訂時には改訂日を記載していたが、改訂内容の記載が無かったので、次回改訂時からマニュアル更新履歴を作成することとした。また、マニュアル改訂時には、ICT ニュースで院内に広報しているが、改訂内容がわかるように通知も配布し、院内全体に周知できるようにしていきたいと考えている。

研修会の出席率データを改善計画に十分活用していないとのことについては、職員が年 2 回以上研修会に出席するよう関係部署に働きかけているが、職員一人一人の出席回数などの出席率は出していなかった。職員一人一人への働きかけが出来るように、今年度から、研修会への職員の出席回数や職種ごとの出席率を算出し、出席状況の把握を行ない、研修会に参加していない職員に対して通知を出すなど研修会への参加を促す活動を行っていく。

ICT ニュースや院内通知が、現場に周知されたかの確認がされていないとの指摘については、今年度から、メールによる配信や回覧時の署名など、部署にあった確認方法を用いて、周知状況は感染対策チームのラウンド時に確認することとした。

サーベイランスの介入目安の明確化については、蓄積データに基づいて介入基準を明確にするようにし、マニュアルにも記載をしていく。例として、MRSA の場合は新規検出 3 例という形で、どの菌がどれだけ検出されたかによって介入するかを決めていきたいと思う。

広域抗菌薬・抗 MRSA 薬については、届出制・許可制をとっているが、その理由の記載が無いことから、薬剤部で申請書の見直しを行い、理由記載欄を設けて改善する。

抗菌薬の適正使用の介入については、当院では感染症専門医が不在であることから、感染対策チームに内科系医師・外科系医師を配置し、介入できるよう体制を整えている。

コンサルテーションの内容把握については、今年度からはどのような相談が多いのかということを統計的に処理し、多くの職員に共通している相談内容等については、マニュアルを改訂し追加していきたいと考えている。

麻しん以外に風疹、水痘、流行性耳下腺炎に関しても、同様の体制構築が望まれるとの指摘については、今年度は、風疹に関して検査と必要者に対する予防接種を実施しており、水痘・流行性耳下腺

炎に関しては、来年度以降の実施を検討していくこととしている。また、個人情報の同意については、感染対策上必要となる場合には、データを感染対策チームや感染管理室で活用することについて必要時に対象となる職員個人から同意を得ているが、今後は職員全員に文書による同意を得ていきたいと考えている。

ICT ラウンドについては、改善計画書の確認日を記載するとともに、ラウンドした部署が明確にわかるようになるよう一覧表を作成する。

〔委員〕

評価にもあったように、マニュアルは系統的、体系的に整理されているように見受けられた。理念から具体的な問題まで整理されている。参考文献や引用文献が、それぞれきちんと提示されているおり、非常に良いことであるが、残念ながら参考文献の表示が統一されておらず、出版社や年次が無いもの、あるのもなどまちまちになっている。何を参照しながら作ったのかという重要なことである。マニュアルに参考資料の記載で、年次が記載されているものもあるが、他のところには記載がないので、共通にすべきと考える。

また、ネット上の参考資料の提示についても、参照先の団体名は明示されているが、何時のものなのかの記載が無い。ネット上の資料として感染管理に関するガイドブックとの記載があるが、どこが出しているのかわからない。ネット上のアドレスだけを明示すればよいということではなく、どの団体なのか、いつの時点のものなのかを明示する必要がある。このアドレスを検索したところ掲載されておらず、見ることができなかった。Ｗｅｂ上の資料とは、すぐに消えてしまう可能性があるので、その取扱いは慎重であるべきと思う。

参考文献として、うがいに係るグラフが掲載されているが、信用のおけるものなのか。団体名は有名なところであるが、データの信憑性のチェックはどうなっているのか。また、1996 年のデータというものがあるが、その他の資料のほとんどは 2000 年以降の直近の資料であり、この部分だけが非常に古いデータとなっている。

参考資料は非常に大事なものなので、その取扱いをきちっとすべきではないかと思う。

〔委員〕

非常に重要な指摘と思う。各章の最後に文献が載っているものもあるが、乗っていない章もある。また、参考文献名だけが載っており、発行年数が記載されていない。作成責任者については苗字だけとなっており、承認の年月日は記載されている。

表記を統一し、できれば最新の文献にしていただきたいと思う。よろしいでしょうか。全て修正するのは大変なことと思います。

〔事務局〕

なるべく早く参考文献の表記の見直し等を実施する。

〔委員〕
　ICT 活動の検診について、今年度は風疹に関して検査と必要者に対する予防接種をしたということであるが、今年は風疹のワクチンが不足しているが、確保は充分されているのか。

〔事務局〕
　風疹の流行に加え、市町村の補助事業等の影響もあり、かなり不足している状態であり、9 月以降に新しいワクチンが供給されることから、陰性者に対する予防接種はそれを確保し接種を実施していくこととしている。

〔委員〕
　他院でも同様の状況があり、必要者や希望者に対する接種が充分に行われていない。

〔事務局〕
　正面玄関への咳エチケットのポスター掲示及びマスク自動販売機の設置については、各診療科の外来受付窓口に患者に明確に分かるようにポスター等の掲示ができていないので、上半期中にポスターの掲示を検討する。
　また、正面玄関や北口玄関に設置している手指消毒剤を設置している台については、定期的な清掃を清掃業者に依頼するとともに、感染管理室でも清掃状態を確認する。
　マスク自動販売機は、10 月 1 日からは正面玄関等に設置する予定となっている。
　清潔なシンクの横に埃取りが置かれていたことについては、5S の視点からも問題であり、清潔区域に汚染の原因となるものは置かないなど清潔区域・不潔区域について意識し管理するように指導を徹底するとともに、ICT チームによるチェックを行う。
　固形石鹸は、当院では使用しないこととなっているため撤去した。液体石鹸は一部詰め替え式を使用しているが、詰め替え式でない液体石鹸の配備を、来年度以降の予算に措置していくこととしている。
　各診療科ブースへの手指消毒剤の設置については、外来のすべてのブースに手指消毒剤を設置するとともに、実施を促すポスターを掲示していきたいと考えている。
　外来処置室スタッフの手袋の消毒については、感染対策チームや看護部感染対策ナースチーム会スタッフからも職員へ働きかけ、消毒を徹底していきたいと考えている。
　検体搬送用リニア搬送機ラックの尿検体付着については、量が多いことでリニア搬送中に尿がこぼれてしまうという事例があったことから、検査に必要な量以上の尿をカップに入れないよう、検査時に患者に説明し協力を得ることとした。
　台上の清潔物品と不潔物品との区分けについては、清潔・不潔の徹底を図るよう現場に指導する。

外来通院治療センターの無菌的環境整備が整っていないとのことについては、棚の上に置かれているコンテナなどは撤去し、何も置かないこととした。

また、感染対策チームで環境整備について確認し、問題がある場合は継続して整備できるよう指導していくこととした。

外来通院治療センター入口にゴミが乱雑に置かれており、清潔と不潔の区域分けがなされていないとの指摘については、定期的に整理・整頓を実施し、環境整備することとした。また、シーツなどの清潔物品は、今年度中に扉付の棚が導入できるよう関係部署と協議していくこととした。感染対策チームで適時ラウンドを実施し環境整備ができているかを確認し、継続的な整備ができるよう指導する。

ペーパータオルの設置については、一部病室にペーパータオルが設置されていないことから、感染対策上手指衛生が必ず必要な患者の病室にはペーパータオルを必ず設置していくこととし、全病室への一斉設置については、多額の費用がかかることから来年度以降に予算措置していく予定である。

空調の清掃については、引き続き埃等で汚れていないかチェックするとともに、定期的に清掃していくこととした。また、点滴台周辺の物品配置については、点滴台の点滴作成時に使用する手袋やマスク等の物品は、作業効率が適切なものとなるよう点滴台の上やカートなどに必要な物品をセットすることとした。

次に、点滴台周辺のスペースにメディカルペールが置かれているとの指摘について、メディカルペールは、病棟ではナースステーションと汚物処理室に設置しており、ナースステーションでは点滴台の周囲にメディカルペールを設置しているが、医療法の立ち入り検査時の指導に従い、点滴台から一定の距離をおいて設置している。また、看護師には湿性生体物質等に汚染された器材等による交差感染が起きないよう清潔･不潔の動線を分けるよう指導する。しかし、メディカルペールには、実際、注射針や使用した個人防護具、血液の付着した点滴ルートなどを廃棄しており交差感染が起こる可能性があることから、ナースステーションに設置しているメディカルペールには、湿性生体物質で汚染された点滴ルートや個人防護具は一切破棄しないこととした。湿性生体物質などに汚染された物はすべて汚物室に設置されているメディカルペールに廃棄し、メディカルペール付近に分別を徹底する旨のポスター等を感染対策チームで作成し貼付するとともに、ラウンド等で実際に分別ができているか確認し、必要時には指導していくこととした。なお、今年度中に、メディカルペールの撤去の可否も含め管理方法の見直しを行う予定である。

薬品冷蔵庫内の分別の徹底と温度管理については、薬品冷蔵庫内の内服、注射、外用薬について明確に区分けすることとした。また、冷蔵庫の温度表示が正しいか確認できるようにするため、冷蔵庫内にも温度計を設置することとした。

観賞用鉢植えについては、病棟ナースステーションのカウンターなどに観賞用の植物が置かれていたが、易感染性の患者が入院して

いることから、植物などは置かないこととした。また、お見舞いのために持ち込まれる花などについては、すみやかに自宅に持って帰るよう患者に協力を依頼することとした。

〔調査チーム〕
病棟の汚物室に廃棄するとの取り組みに関して、理想的には良いと思うが、実際に運用上の問題はないか。

〔事務局〕
既に撤去した病院の話しでは、実際に撤去してしまっても習慣化されれば適切に分別ができているとのことであったので、その意見を参考に検討し、実施することとした。

〔委員〕
カミソリやハサミの管理については、共通･共同で使う洗面台に、個人用のカミソリやハサミは持ち込まないということで、これは感染問題ではなく医療安全の問題となるが、カミソリ等の持ち込みが問題を起こすこともあるので、売店にはカミソリなどを置かないこととしている病院もある。持ち込みも禁止している。
報告による様々な危ないものが置かれているので、医療安全の観点から管理をした方が良いと思う。
清拭タオル保温車については、使わない方向でとのことであるが、これについて無くしてしまうということか。

〔事務局〕
理想的には完全に廃止してディスポタオルすれば良いが、実際には経費がかかることから、バシラスなどの菌が発生しアウトブレイクの事例もあったということが文献でも確認されているので、まず第一段階として、いきなり廃止はせず、基本的には使用する日に乾燥したタオルから必ず使用し、清拭が終了した段階で清拭車は必ず空にして保管することとした。使用しなかったものについては、必ず洗濯に出すという対応としている。また、今年度中に清拭タオルや清拭車をどうしていくかについては、関係部署と検討する。

〔委員〕
予算や手間が大変であるが、感染の原因となり得るものなので適切な対応をお願いする。

〔調査チーム〕
看護師の手洗いは、時間や手順も適切であったが、医師については、時間も短く手順も簡略化されたものであった。手指衛生を実施するからには実効性が伴わなければならないので、実施率に加えて実効性を担保するよう、引き続き指導をしていただきたいと考える。
防護具に関しては、実際にどうやって付けて、どうやって外すか、手袋を最初に外してからという順番があるが、リンクナースは必要

なときにそのセクションで自らが見本となって行うなど、仕事をしながら教えるというのが一番効率が良いと思うので、リンクナース教育を引き続き推進していただきたいと考える。
続いて経路別の予防策として、経路別の予防策にプラスαの標準予防策が必要となってくるケースもあるので、そういう策をとる場合は、患者に係わる全ての職種が簡単に情報を共有する必要がある。ある病棟ではネームボードに標準予防策が必要という記載があったり、違う病棟ではそれがホワイトボードであったりするので、どこを見れば良いのか統一した方策が必要である。全病棟で全職種が共通した情報を共有する方策を確立していただければと思う。
風疹や麻しん、水痘、風疹、流行性耳下腺炎に関する対応マニュアルを整備してもらいたいと思う。
次に術後創感染予防については、マニュアルに規定されており問題はない。
医療器材の管理に関しても、特段問題はないが、サーベイランスの結果を見直しにつなげていただければと思う。
人工呼吸器の回路の交換や点検については、ME センターで管理しているとのことで、安全管理を担保する上で非常に有効であると考える。
洗浄・消毒・滅菌については、浸漬消毒は行われているが、物が浮かんだ状態となっていた。液に漬かっていないところは消毒効果が得られないので、消毒交換が必要にならないような業務化を進め検討いただければ業務の簡素化につながると思う。
使用後の鋼製小物、血液が付着しているハサミなどは、血液が固まると洗いにくいということがあり、病棟で一時洗浄しているが、病棟での一時洗浄は体液曝露のリスクが高まるので、病棟での一時処理は省いて、中央材料室で集中的に消毒管理する方向で検討いただければと思う。
内視鏡センターは、非常によく管理されており、消毒液の管理から全てチェックされていた。非常にすばらしいと思った。あえて要望するとすれば、内視鏡はいろいろな診療科で使用するが、できれば中央化し一括管理できるようにすると安全性が向上すると考える。
次に医療廃棄物であるが、特段問題はない。
微生物検査室では、安全キャビネットのメンテナンスや、HEPA フィルター交換の定期的な実施ができる体制を整えていただければと考える。また、ダンボール類が床に近いところに置かれていたおり、日常的な環境整備の必要性が見られたので、職業感染の醸成という観点からも改善が望まれる。
その他では、水飲み場に冷水機が設置いるが、定期的なメンテナンスと水質確認の実施、その実施記録管理が必要と考える。

〔事務局〕
感染対策は全ての職員で実施するものであり、看護師ばかりではなく医師にも手指衛生の実施が必要であることから、院内感染防止対策委員会・感染対策チームに所属する医師には率先して現場の医

師に指導していただくこととした。
　経路別予防策で、感染症患者の情報の共有方法が統一されていないとのことについては、感染症に関する情報を統一するため、年度内に院内感染防止対策マニュアルに経路別予防策の表示に関する項目を作成して、院内に周知し統一できるようにしていく。
　医療器材の管理におけるサーベイランスについては、引き続きデータを活用して、見直しを実施していきたいと考えている。
　洗浄･消毒･滅菌のスポンジやタワシの管理については、スポンジ等は使用したら洗浄し乾燥できるよう保管することとなっているが、交換の時期については明確になっていなかったので、交換時期を使用開始後 1 週間とし、汚染がひどい場合にはすぐに交換することとした。また、使用後は洗浄し固く絞って、吊るして乾燥できるよう保管することとし、今年度中に、スポンジの代替品やコストなどを検証し、スポンジを廃止するか、使い捨てにするか検討する。
　使用後の鋼製小物の病棟での一時洗浄については、廃止することとした。使用後の機材については凝固防止剤を塗布した後に、蓋つきの箱に入れ一時保管し中央滅菌室に搬送することとした。
　微生物検査の安全キャビネットのメンテナンスについては、可能であれば予算処置し、メンテナンスを実施することとした。なお、今年度実施できない場合には、来年度実施することを検討する。また、ダンボール類が床に直接置かれているなどの日常の環境整備については、段ボールを直接床に置かないよう職員に対して、再度注意喚起を行った。また、一時的な保管のために段ボールを使用する場合は、床に直接接触しないよう台を設置することとした。感染対策チームでラウンドを実施し、実際に環境整備ができているかどうか継続して確認することとした。
　その他の水飲み場の冷水機の定期的なメンテナンスと水質確認については、チェックリストを作成し残留塩素の測定を含めた定期的な点検を行うこととし、点検結果は、事務局(施設担当)で保管することとした。

〔委員〕
　標準予防策の医師の手洗いについては、どこの病院でも指摘されることである。病棟の患者の病室を出入りするときに必ずアルコールで手指消毒をするように言っても、実施している医師が少ないのが現実である。定期的に手洗い未実施者のチェックをするなどが必要と思われる。個人名を挙げないと実施されないところもあり、ある大学では、感染担当の先生が全ての教授の手洗い状況を一覧表に作成し実施を促したとのことである。しかし、それもしばらく経つと元に戻ってしまい院内感染の原因になってしまうとの話しがあった。これはどこの病院でも難しい問題と考える。
　洗浄・消毒・滅菌では、医療関係者の感染を防ぐという視点でいくつかの新しい方策を行うというのは非常に良いことであると思う。
　内視鏡の管理は、中央管理化すべきであると言われているが、消化管内視鏡だけであれば中央管理化も可能と思う。いろいろな診療

科を含めた場合には非常に難しく、また、予算も非常にかかることとなる。中央化することで必要台数が数倍に増加し、加えて洗浄用の器材も揃えなくてはならなくなる。
現実的には消化管内視鏡を中央管理化して、それ以外は各科で保管し、洗浄機を購入して複数台で行うのが一番良いと思う。

〔事務局〕
消化器と呼吸器の内視鏡については、内視鏡室で全てを一括洗浄・消毒をしている。泌尿器科、耳鼻科でも使っているが、人員等の制約があって各外来看護師が、内視鏡室看護師の指導を受けながら洗浄・消毒をしている状況である。

〔委員〕
洗浄機を使っているのか。

〔事務局〕
自動洗浄機で行っている。

〔委員〕
その方法が一番現実的であると思う。
その他の清掃業者が管理している物品の取扱いについては、病院側から指摘しても徹底されない部分もあり、どこの病院でも苦労していると思う。
感染対策については、これで検証を終了する。

（感染対策　検証終了）

【結果：感染対策は、調査チームから指摘・要望された56項目の改善及び参考･引用文献の表記方法の統一化（団体名、発行年月日、最新化など）を進めることとし、検証を終了する。】

イ　生理・検体等検査関係業務
調査チームから、調査報告書について説明。

〔調査チーム〕
生理検査部門については、マニュアルの表紙の作成日が異なっていたところがあったので、修正をお願いする。
心電図の検査については、前回値をチェックするために、MUSEシステムから前回値を表示する点では、一手間かかっているような印象はあるが、現行システムの運用では、チェック機構に問題はなく、うまく運用されていると思う。
呼吸機能検査については、フィルターを滅菌後に再使用しているということがあるが、感染対策の観点から、基本的には可能なものはディスポーザブルすることが望ましいと思われる。
検査室は全体的に整理整頓がされており、電源コードや障害物な

どがないよう配慮されているが、検査用ベッドは移乗があるので、可能であれば電動ベッドの導入が望まれる。
　医療事故防止マニュアルについては、本質的な問題ではなく、一部に誤字あったので、修正をお願いする。
　各マニュアルについて内容的な問題はないが、マニュアルはいつ作成され、誰が承認したのかということは重要であり、文書の作成者・作成日および承認者・承認日を確認できるような書式が望まれる。
　精度管理は、内部・外部を含め、実施にあたって記録の保持は当然であるが、不具合が生じた際の対応として、各検査室内で具体的な事例に対してどのように対応するかの策を構築することが望まれる。
　機器の保守にあっては、先程と同様、記録は当然に必要であり、実施者と実施日を記入できる様式を用いて機器の管理を行っていただければと思う。
　検査データでパニック値を報告する手順書はできているが、その際に診療科へパニック値を報告したという記録は検査室内で保管し、その報告に対してどのようにレスポンスがあったかを含めて記録することを勧める。
　検体・細菌検査オーダ運用フローがあるが、メーカーが提示した書式のままのためにわかりにくい。マニュアルは誰が見ても、特に新人が来たときも同じ操作でできることが重要でなので、共通認識ができるようなマニュアルを、できれば独自のマニュアルがあっても良いのではないかと思う。
　全体を通して、手順書等はかなり整備されており、特に何かが足りないというものはない。
　問題は如何に作られた手順書が実際に運用できるかであり、検査が変更になった場合に、検査室の職員はもちろん、全職員に周知徹底をしなければならないので、その周知徹底の方法と記録をどのように行っていくか検査室内でのルール作りが必要と感じた。

〔事務局〕
　生理検査部門のマニュアルの表紙の作成日については、速やかに修正した。
　心電図検査の前回値をチェックするためのシステムについては、電子カルテ導入時より、心電図検査についてはMUSEシステムを導入した。過去のデータに対して前回との比較が速やかにできるようになっている。問題があればさらに過去の検索もできるようになっている。心電図変化が、このシステムを導入してから非常にわかりやすくなっており、医師も即時に見れるようになっている。
　これからも同様なチェック機構をしていきたいと思う。
　呼吸機能検査のフィルターについては、滅菌後再使用していたが、2013年3月に実施されてから、感染対策面から滅菌再生ではなく、患者ごとにディスポーザブルに変更した。
　電動ベッドについては、現状では、電動ベッドの購入は難しいた

め、院内にある使用していない電動ベッドの活用も検討したが、サイズが小さく移動ができないことから、超音波検査に使うには不適当ということで断念した。なるべく早い時期に購入できるよう働きかける一方で、購入できるまでは、検査室医療事故防止マニュアルに記載されているように、患者の移動時には技師が付き添い、必要に応じて介助して、安全にベッドへの移動をするよう注意を払っていく。

マニュアルの誤字は修正した。文書の作成者・作成日及び承認者・承認日を確認できる様式については、院内感染対策マニュアル、医療事故防止マニュアルは、各委員会の承認を得ている。しかし、院内全体の問題ともなるが、書式として残していないので、今後院内で統一していきたいと思う。検査室内の業務マニュアルは、作成日と作成者を記入した。

精度管理の外部精度管理調査については、年間 3 回ほど実施しているが、現行の精度管理調査では A 又は B 評価を得ることが望ましいとされており、得られなかった項目は、原因と対策を記録する検査室共通の様式を6月に作成したので、平成25年度分から記録する。毎日行っている内部精度管理は、不具合が生じた際の対応について、部門ごとの業務マニュアル中に追加記載するよう周知する。

機器の保守について、今まで記録様式のなかった分析機は新たに様式を作成し、6 月中旬から記録をつけている。

パニック値の報告は、検査室共通の様式を作成し、平成 25 年 6 月 5 日分から記載を始めた。

検体・細菌検査オーダ運用フローがわかりにくいとの指摘については、フロー図を活かす中で、検査部独自で作成した検体到着からのフロー図を付け加え、検査の流れ全体を理解できるようにした。

手順書等の職員への周知徹底方法については、検査室では検査方法等の変更で、検査室職員だけに関係することは、回覧文書を作り全員が確認している。また必要に応じまして検査室内の勉強会を開催し職員が身に付けるようにしている。検査室以外の職員に関連し徹底させる必要のあるものについては、院内メールを送信し、かつ文書でも知らせしている。今後は、院内 HP 内に検査室からのお知らせや情報を掲載し、院内の職員が閲覧できるような仕組みを作る準備している。

〔委員〕

災害時のマニュアルの勤務時間外に災害が発生した場合の職員参集の規定が、震度 5 以上の地震となっている。東日本大震災の場合も甲府市では震度 5 強の揺れがあったが、特に大きな被害は無かったことから、参集基準を震度 6 以上に修正した病院等もある。

市立甲府病院では、どのように考えているか。

〔事務局〕

院内全体の災害対策マニュアルの見直しが計画されているので、検査室の災害時マニュアルもその方針に従った形で検討する。

〔委員〕

検査の更新日付が問題になっているが、表示が月だけとなっている。例えば 2011 年 5 月となっているが、日にちまで表示すべきであると思う。

〔調査チーム〕

手順書の内容が改定された場合、何がどのように変わったかという更新履歴がほとんどないので、改訂履歴をきちんと残す必要がある。いつ何がどのように変わったかということが全ての手順書に必要と思う。

〔委員〕

検体・細菌検査オーダ運用フローや画像生理検査オーダ運用フローについては、マニュアルとして採用するのか、参考資料として採用するのかどちらなのか。

〔調査チーム〕

メーカーから提示されているものは参考資料として取り扱うこととしている。その資料を基にして独自のマニュアルを作っている。メーカーから提示されたものをそのまま使える場合もあるが、できればメーカー提示のものは参考資料にした方がよいのではないかと思う。

〔委員〕

感染対策でも指摘があったが、文献がほとんど記載されていない。

〔調査チーム〕

一つひとつの検査項目について標準作業手順書を作ると、当然それに対する引用文献や参考図書などが全て出てくると思う。それらは手順書につけて作るべきであると思う。また、機器に関しても若干参考図書などがあると思うので、ある場合は表記した方が良いと思う。

〔委員〕

外注に関してのマニュアルを作る必要はあるか。

〔調査チーム〕

今回指摘はしていないが、本来は外注に関するマニュアルも作った方が良いと思う。

〔委員〕

外注に関しては、毎年、項目が変わるとともに外注項目も多いので、あらかじめ雛形を作り、今年度は何を外注するかを決めるというような方法はどうか。

〔事務局〕
外注に関するマニュアルを作成していなかったので、今後検討する。

〔委員〕
臨床を行っていると外注項目は非常に大事である。
病理検査マニュアルで、例えば他院から紹介されてきた患者が検査標本プレパラートを持ってきた場合に、市立甲府病院では診断をするか。

〔事務局〕
行っているとは聞いていない。

〔委員〕
セカンドオピニオン的に来院し、診断をして欲しいという場合がある。診断をする病院もあるが、その場合、病理プレパラートに関しては、後で返却するようなものは証拠が残らないことから行わないこととしており、全部寄贈されるものだけを診断するとのルールを決めている。あるいは無染色のプレパラートを借りてきて追加で染色するなどがある。今後、こうした依頼は増えてくると思う。
生理検査部門は、いくつか指摘された点があるが、このまま精度管理等に努めていただきたいと思う。文献については記載する方が良いと思う。改訂についても年月日を表示すること。業者作成のマニュアルについても使いやすければ良いが、比較的使いにくそうなものは独自のものを作成していただければと思う。

（生理・検体等検査関係業務　検証終了）

【結果：生理・検体等検査関係業務は、調査チームから指摘・要望された 11 項目の改善及びマニュアルへの参考･引用文献の表記、改訂履歴の作成、運用フローの再考、外注マニュアルの作成を進めることとし、検証を終了する。】

⑵　今後に日程について

〔事務局〕
本日をもって予定した検証作業を一通り終了した。
今後、本日の第 5 回の分と過去 4 回分についても、指摘事項に対する対応状況ついて直近の内容に修正し、5 回分をまとめて委員に報告し、その後公表していきたい。

3　閉会・院長あいさつ

第１回目の「医療事故防止マニュアルの総論」にはじまり、本日の「感染対策」と「生理・検体等検査関係業務」まで、医療安全の多岐にわたり詳細な検証をいただいた。

RI 検査問題の把握以降、再発防止に向けて課題への対応や体制の再構築を図ってきたが、当検証委員会からの指摘により改めて多くのことを気付かされた。

患者様の信頼を確固たるものとするために、全ての病院職員が医療安全への意識を更に高め、日々の業務の中で実践していく。

医療安全体制等検証委員会　第5回委員会　決定・指摘等事項

〔決定事項〕

１　感染対策は、調査チームから指摘・要望された56項目の改善及び参考･引用文献の表記方法の統一化（団体名、発行年月日、最新化など）を進めることとし、検証を終了する。

２　生理・検体等検査関係業務は、調査チームから指摘・要望された 11 項目の改善及びマニュアルへの参考･引用文献の表記、改訂履歴の作成、運用フローの再考、外注マニュアルの作成を進めることとし、検証を終了する。

３　本日の第5回の分と過去4回分の指摘事項に対する対応状況ついて直近の内容に修正し、5回分をまとめて委員に報告し、その後公表する。

〔指摘・要望事項〕

１　感染対策

○　調査チームによる 56 項目の指摘・要望事項は、別紙「指摘等事項に対する対応状況一覧＜感染対策＞」を参照。

２　生理・検体等検査関係業務

○　調査チームによる 11 項目の指摘・要望事項は、別紙「指摘等事項に対する対応状況一覧＜生理・検体等検査関係業務＞」を参照。